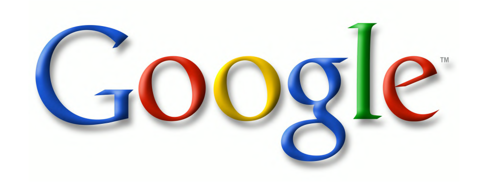
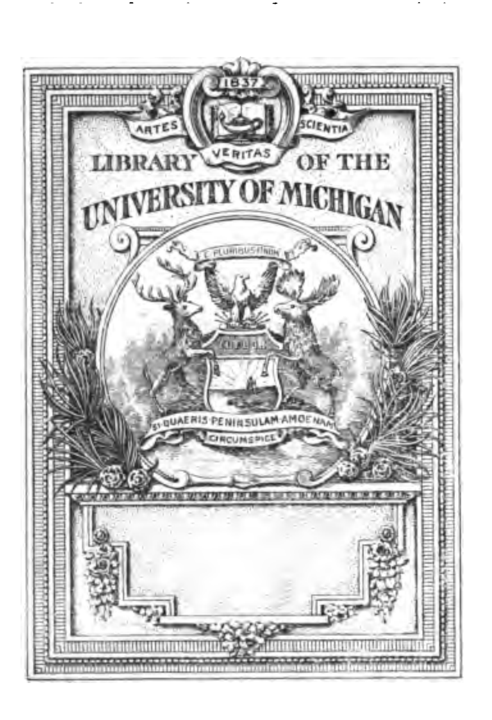

Google


A 3 9015 00385 985 0
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIe SÉRIE. — TOME XII.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1836

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

SEPTEMBRE 1836.

Mémoire d'anatomie physiologique et pathologique sur le système veineux considéré chez l'adulte et chez le fœtus; par M. Edouard Lacroix, aide-d'anatomie de la Faculté Médecine de Paris, membre-honoraire de la Société anatomique, ex-interne des hôpitaux.

Anatomie.—Les anatomistes modernes qui ont écrit sur le système veineux ont été si complets, qu'il reste peu de choses à ajouter à leurs travaux. Ils ont démontré les premiers que les veines, comme les artères, étaient constantes dans leurs distributions, et par suite susceptibles d'entrer dans le cadre de la description générale de leur état normal. Les variétés sans nombre que l'on avait cru jusqu'alors rencontrer avaient fait considérer toute tentative de les décrire comme un effort inutile. Ces obstacles expliquent la lenteur que l'on mit à faire une semblable découverte. Le système veineux suit donc dans ses divisions un type constant comme le système artériel. Ce fait une fois établi, on aurait dû fixer l'attention sur l'analogie de structure qui existe entre ces deux ordres de vaisseaux du système circulatoire, car les veines, comme les artères, ont partout trois tuniques, bien que dans certains ordres de vaisseaux du système à sang noir, tels que les veines de l'utérus, de la dure-mère, les anatomistes n'aient décrit qu'une seule

tunique. Mais cela provient de ce qu'ils n'ont pas tenu compte d'une loi générale de l'organisme en vertu de laquelle on voit l'une des tuniques de la veine passer par toutes les transformations du tissu musculaire, qui peut s'hypertrophier, se changer en tissu fibreux, et même en tissu osseux.

Ainsi l'on voit la tunique musculeuse s'hypertrophier toutes les fois que la veine fait tellement corps avec l'organe, qu'elle le suit dans toutes ses variations en volume, périodiques ou accidentelles, comme dans l'utérus.

D'autres fois, la tunique subit une véritable transformation de la musculeuse en fibreuse, et cela dans toutes les membranes fibreuses avec lesquelles les veines font corps. Cette disposition, observée par les anatomistes dans la dure-mère, n'est donc pas une exception, puisque l'on rencontre cette même structure des veines dans le périoste, les ligamens, et en général dans tout le tissu fibreux.

Cette dernière transformation de la musculeuse en fibreuse une fois admise, tout le monde sait que les ligamens de l'os hyoïde, la faux de la dure-mère par suite d'une variété anatomique chez l'homme, les fibro-cartilages inter-vertébraux avec l'âge, et les ligamens des articulations par suite d'une disposition maladive, sont susceptibles de se transformer en une matière osseuse. Pourquoi les veines qui ont appartenu au périoste avant de pénétrer dans l'intérieur de l'os, ne seraient-elles pas susceptibles de voir leur membrane musculeuse devenue fibreuse, soumise aux mêmes dégénérescences du tissu fibreux ? alors elles n'auraient plus qu'une seule tunique, la séreuse, adhérente aux os, comme on le voit dans les sinus du diploé, dans le corps des vertèbres et dans le tissu spongieux.

C'est donc par suite de cette loi générale de désorganisation, que l'on trouve toutes les parties du système circulatoire, toujours composées de trois tuniques. Seulement, dans le système artériel, ces trois tuniques sont partout

dans les mêmes rapports de densité, ce qui fait que tout le système est doué de la plus grande uniformité. Mais dans le système veineux, les trois tuniques sont en général plus minces que celles des artères, à quelques exceptions près, circonstances dans lesquelles alors elles acquièrent une densité plus grande ; ce qui peut porter à croire que ces veines sont destinées à supporter de la part du sang un effort latéral moindre que les artères, et que les modifications qu'elles éprouvent dans leurs parois, sans être relatives à la circulation générale, ont trait aux fonctions diverses qu'elles remplissent dans l'organisme, comme nous le démontrerons dans la suite de ce mémoire.

Le plus grand nombre des veines a donc trois tuniques membraneuses extrêmement minces, comme on le voit dans le tissu cellulaire, les membranes séreuses, muqueuses, le système musculaire et nerveux, dans les glandes. Dans toutes ces veines on ne rencontre pas de valvules, ce qui prouve que ces replis de la membrane interne ne sont pas indispensables pour concevoir la circulation veineuse.

La présence des valvules semble donc plutôt liée au degré de solidité qu'elles ajoutent aux parois de la veine, en sectionnant la colonne de liquide qui pèse sur ses parois; et l'on peut poser en principe général qu'il n'y a pas de valvules toutes les fois qu'une cause tend à diminuer ou à annuler la pression exercée par le liquide sur les parois des vaisseaux qu'il parcourt.

J'indiquerai enfin une dernière disposition relative à la structure des veines ; c'est que dans les endroits où une compression des veines par les organes, *et vice versâ*, une compression des organes par les veines, eût pu alternativement nuire aux fonctions du système circulatoire ou des organes, la nature y a pourvu par l'épaississement du tissu cellulaire, qui, devenu fibreux, constitue une gaîne inextensible fixée aux parties environnantes, comme aux membres, au col, au voisinage de la poitrine, et ainsi que nous

l'avons vu aussi dans les glandes conglobées, comme on le voit, dans le rein où la capsule fibreuse extérieure accompagne les vaisseaux à l'intérieur.

Physiologie. — L'examen que nous venons de faire du système [illegible] comparativement au système artériel, donne [illegible] à penser au physiologiste qu'une différence si marquée [illegible] dans les parois de ces deux ordres de vaisseaux, [illegible] des fonctions spéciales à remplir dans [illegible] relativement au liquide que ces vaisseaux contiennent.

[illegible] l'action spéciale du liquide sur les parois qu'il [illegible] nous verrons que les conditions dans lesquelles [illegible] ne sont pas les mêmes dans les artères et [illegible] se dévoileront les causes de ces diff[illegible] l'épaisseur des parois.

D[illegible], le tissu est très-resistant et se trouve en ra[illegible] latéral considérable à supporter de la part [illegible], car le sang artériel est placé entre deux forces ag[illegible]nt dans un sens diamétralement opposé, l'une part[illegible] du cœur, l'autre des capillaires où le sang, malgré l'impulsion qu'il a reçue, éprouve de la difficulté à pénétrer dans le parenchyme des organes. La résultante de ces deux forces opposées prend donc sa direction sur les parois du vaisseau; aussi l'on conçoit comment, sous l'influence des causes en apparence les moins énergiques, agissant sur les parois, survient promptement une désorganisation de l'artère, désorganisation dont les progrès sont hâtés par l'action toujours continue du sang sur cette paroi affaiblie.

De plus, la pression latérale va croissant par la disposition générale du système, car le liquide venant à passer d'un vaisseau large dans un autre plus étroit, la pression est augmentée, et l'anatomie pathologique donne la preuve d'un tel fait par la dilatation des collatérales après la ligature du tronc artériel principal d'un membre.

Deux causes cependant tendent à diminuer l'énergie de

cette force; l'une est la somme considérable de vaisseaux qui naissent de l'artère principale, dont les orifices réunis dépassent de beaucoup le diamètre de l'artère du membre; l'autre est l'augmentation grogressive d'épaisseur des parois des vaisseaux à mesure qu'ils deviennent plus petits. Ces deux circonstances réunies devraient, comme on le conçoit, être une cause de ralentissement de la circulation du sang artériel, si, d'après les lois générales d'hydraulique, le liquide ne prenait un mouvement accéléré en passant d'un vaisseau large dans un plus étroit.

De cette compensation résulte donc que la circulation est partout uniforme et n'est pas plus accélérée dans les vaisseaux les plus rapprochés du cœur que dans ceux qui en sont les plus éloignés, dans les plus larges comme dans les plus étroits, fait prouvé par les expériences de M. Poiseuille sur la force du ventricule aortique. Il en résulte donc que la pression latérale, partout la même, agit plus énergiquement sur les vaisseaux dont l'épaisseur est relativement moins considérable, ce qui dévoile pourquoi il est plus commun de rencontrer sur leur trajet des dilatations morbides, des anévrysmes.

Ce phénomène de la compression s'exerçant sur un vaisseau à parois élastiques, est aussi une circonstance favorable à la circulation dans les capillaires; car les vaisseaux en s'éloignant du cœur deviennent eux-même le principe moteur des liquides sur lesquels ils agissent, et c'est peut-être ainsi que l'on doit concevoir le mécanisme de la circulation dans les capillaires.

Si dans le système artériel l'organisation nous décèle l'énergie de la pression latérale, devenant un principe de mouvement, ce n'est pas sans surprise que l'on verra le système veineux, dans une structure semblable de ces petits vaisseaux, puiser le principe de son mouvement, bien qu'il s'exerce d'une manière inverse; car les veines, par une disposition analogue à celle des artères, en se

l'avons vu aussi dans les glandes conglobées, comme on le voit, dans le rein où la capsule fibreuse extérieure accompagne les vaisseaux à l'intérieur.

Physiologie. — L'examen que nous venons de faire du système veineux comparativement au système artériel, donne donc à penser au physiologiste qu'une différence si marquée d'épaisseur dans les parois de ces deux ordres de vaisseaux, est basée sur des fonctions spéciales à remplir dans la circulation relativement au liquide que ces vaisseaux contiennent.

Etudions donc l'action spéciale du liquide sur les parois qu'il parcourt, et nous verrons que les conditions dans lesquelles il se trouve ne sont pas les mêmes dans les artères et dans les veines, et alors se dévoileront les causes de ces différences si notables dans l'épaisseur des parois.

Dans les artères, le tissu est très-résistant et se trouve en rapport avec un effort latéral considérable à supporter de la part du liquide, car le sang artériel est placé entre deux forces agissant dans un sens diamétralement opposé, l'une partant du cœur, l'autre des capillaires où le sang, malgré l'impulsion qu'il a reçue, éprouve de la difficulté à pénétrer dans le parenchyme des organes. La résultante de ces deux forces opposées prend donc sa direction sur les parois du vaisseau; aussi l'on conçoit comment, sous l'influence des causes en apparence les moins énergiques, agissant sur les parois, survient promptement une désorganisation de l'artère, désorganisation dont les progrès sont hâtés par l'action toujours continue du sang sur cette paroi affaiblie.

De plus, la pression latérale va croissant par la disposition générale du système, car le liquide venant à passer d'un vaisseau large dans un autre plus étroit, la pression est augmentée, et l'anatomie pathologique donne la preuve d'un tel fait par la dilatation des collatérales après la ligature du tronc artériel principal d'un membre.

Deux causes cependant tendent à diminuer l'énergie de

cette force; l'une est la somme considérable de vaisseaux qui naissent de l'artère principale, dont les orifices réunis dépassent de beaucoup le diamètre de l'artère du membre; l'autre est l'augmentation grogressive d'épaisseur des parois des vaisseaux à mesure qu'ils deviennent plus petits. Ces deux circonstances réunies devraient, comme on le conçoit, être une cause de ralentissement de la circulation du sang artériel, si, d'après les lois générales d'hydraulique, le liquide ne prenait un mouvement accéléré en passant d'un vaisseau large dans un plus étroit.

De cette compensation résulte donc que la circulation est partout uniforme et n'est pas plus accélérée dans les vaisseaux les plus rapprochés du cœur que dans ceux qui en sont les plus éloignés, dans les plus larges comme dans les plus étroits, fait prouvé par les expériences de M. Poiseuille sur la force du ventricule aortique. Il en résulte donc que la pression latérale, partout la même, agit plus énergiquement sur les vaisseaux dont l'épaisseur est relativement moins considérable, ce qui dévoile pourquoi il est plus commun de rencontrer sur leur trajet des dilatations morbides, des anévrysmes.

Ce phénomène de la compression s'exerçant sur un vaisseau à parois élastiques, est aussi une circonstance favorable à la circulation dans les capillaires; car les vaisseaux en s'éloignant du cœur deviennent eux-même le principe moteur des liquides sur lesquels ils agissent, et c'est peut-être ainsi que l'on doit concevoir le mécanisme de la circulation dans les capillaires.

Si dans le système artériel l'organisation nous décèle l'énergie de la pression latérale, devenant un principe de mouvement, ce n'est pas sans surprise que l'on verra le système veineux, dans une structure semblable de ces petits vaisseaux, puiser le principe de son mouvement, bien qu'il s'exerce d'une manière inverse; car les veines, par une disposition analogue à celle des artères, en se

rapprochant du cœur, augmentent de calibre et diminuent relativement d'épaisseur, mais d'une manière bien plus prompte et bien plus tranchée : et cela se conçoit très-bien, car les veines ont à supporter un effort peu considérable de la part du sang, qui n'est animé que par la seule force de réaction des capillaires sur le sang chassé par le ventricule aortique, et encore perd-il de son énergie en passant d'un vaisseau plus étroit dans un plus large ; mais une compensation s'opère par le grand nombre des radicules veineuses qui versent dans des vaisseaux plus larges, il est vrai, mais moins nombreux. Aussi la circulation a-t elle une tendance à devenir uniforme, quoique les expériences de Spallanzani semblent prouver le contraire ; mais cette différence est causée par le mode d'expérimentation que ce physiologiste suivit, car en opérant sur les veines du mésentère, il détruisit la pression abdominale, une des causes les plus énergiques de la circulation veineuse.

Une disposition inverse de celle du système artériel avait donc l'avantage de détruire la pression latérale ; mais l'application des lois inverses de l'hydraulique devait donner pour résultat un ralentissement considérable de la circulation ; car l'impulsion communiquée au sang par les capillaires devait finir par s'amortir insensiblement dans les vaisseaux d'un certain calibre, si alors n'était venu s'adjoindre une force qui eut à la fois la propriété d'agir énergiquement sur la circulation et de diminuer la pression du sang sur les parois, pression qui va toujours croissant par l'inertie du liquide abandonné aux lois de la pesanteur. Cette double fonction est admirablement remplie par la respiration, qui exerce le rôle d'une pompe aspirante dont la force décroît d'intensité en raison directe des distances. Telle est donc la raison qui motive cette différence si remarquable dans la structure du système artériel et du système veineux, où dans l'un on voit dans les parois tout combiné pour résister

à la pression latérale, et où tout indique dans l'autre le peu d'effort que les vaisseaux avaient à supporter de la part du sang; car le mode de la circulation veineuse est tel, que le liquide ne se trouve plus placé entre deux forces luttant ensemble comme dans le système artériel, mais concourant au même résultat et agissant dans la même direction. Le liquide étant placé entre deux forces qui le sollicitent dans le même sens, on conçoit que la circulation pouvait très-bien se faire sans le secours des valvules, et nous allons voir en effet, par l'analyse que nous ferons du système veineux, qu'elles manquent dans beaucoup d'organes, et que, même à une certaine époque de la vie, il n'y en a pas plus dans le système veineux que dans le système artériel.

Si les veines sont à parois plus minces que les artères, elles sont aussi plus élastiques, plus extensibles, partant moins propres à résister à la pression latérale; et cette force, bien qu'agissant en général avec peu d'énergie, peut cependant acquérir encore une certaine intensité, surtout quand vient s'ajouter la force de la pesanteur, ou bien l'action de l'expiration agissant d'une manière rétrograde sur le liquide animé par un certain degré d'impulsion communiqué par les capillaires.

Trois causes, comme on le voit, peuvent donc se réunir pour déterminer une pression, sinon énergique, au moins assez intense pour que les parois des veines présentent une résistance insuffisante; mais la nature a paré aux inconvéniens qui eussent pu en résulter, par divers moyens.

La compression est un des auxiliaires des plus favorables et des plus fréquens dans l'organisme. Ainsi, dans les trois cavités splanchniques, les organes sont soumis à une compression telle qu'ils tendent à se déplacer aussitôt que la cavité qui les contient vient à s'affaiblir dans un point. Aussi, viennent-ils à être blessés, les liquides qu'ils contiennent ont encore plus de tendance à parcourir leurs

voies naturelles qu'à s'épancher dans le ventre. L'on comprend alors que cette pression agisse assez efficacement sur les parois des veines pour détruire l'effort latéral du liquide qui presse sur elles; et même la compression peut favoriser la circulation : car si elle vient à dépasser l'effort latéral exercé sur la paroi de la veine, elle pousse alors le sang qui, placé entre l'action d'une pompe foulante, les capillaires et le cœur, et une aspirante, la respiration, ne peut alors suivre que la direction dans laquelle ces deux forces sollicitent le liquide. Aussi n'était-il pas besoin de valvules dans les vaisseaux des cavités splanchniques, quelles que fussent les conditions dans lesquelles ils se fussent rencontrés. Et est-ce en vain que vous chercheriez des valvules dans les veines du mésentère, de la rate, des glandes de l'appareil de la digestion, comme le pancréas, le foie, et même dans l'appareil urinaire, dans les parois intérieures de la poitrine, dans le poumon, dans les veines coronaires, et enfin dans les veines encéphalo-rachidiennes. Toute la difficulté que l'on éprouve à pousser une injection dans ces veines provient uniquement de ce qu'après la mort le sang stagne dans leur intérieur.

La compression est une force qui supplée si favorablement au manque de résistance des veines et facilite tellement la circulation, qu'aussitôt qu'un organe est dans les conditions des viscères splanchniques, on ne rencontre plus de valvules, les veines fussent-elles les plus minces.

Ainsi, tous les organes compris dans une membrane fibreuse, inextensible, comme le testicule, l'œil, n'ont pas de valvules dans l'intérieur de leurs veines, parce que toutes les parties sont soumises à une compression égale. Rien n'est plus facile de démontrer ce fait par la similitude des accidens qui résultent de l'affaiblissement d'une partie de la cavité formée par la membrane fibreuse de l'œil, du testicule; car, ainsi que dans les cavités splanchniques, le

ramollissement de la cornée, de la membrane albuginée, donnent lieu à des hernies, et cette organisation analogue entraîne une disposition semblable dans le système veineux. Ces veines, quoiqu'extrêmement minces, sont dépourvues de valvules; par suite de cela, elles sont très-faciles à injecter; mais il est très-difficile de conserver dans leur intérieur l'injection, qui sort très-promptement par la compression à laquelle elles sont soumises. L'on peut donc entrevoir que les capsules fibreuses qui environnent les organes glandulaires ont probablement pour usage de favoriser la circulation veineuse.

Une compression modérée favorise la circulation veineuse, et la pathologie a mis ce moyen à profit pour la résolution de certains engorgemens, mais peut-être sans que l'on se rendît un compte exact de ses effets. M. Lombard, dans un traité *ex professo*, en a préconisé les avantages dans les engorgemens chroniques. M. Récamier a tiré un grand parti de ce traitement pour la résolution de certains engorgemens squirheux. M. Velpeau a signalé dans les *Archives* les avantages que l'on pouvait tirer de la compression dans le phlegmon sous-cutané, et il a montré l'incertitude que présentait dans le résultat ce moyen appliqué à la cure de l'érysipèle. Cette différence dans le succès ne tient-elle pas à ce que la compression, trop immédiatement exercée dans ce dernier cas, dans l'érysipèle, obstrue les vaisseaux et met un obstacle à la circulation veineuse; tandis que dans le phlegmon, les vaisseaux uniformément soutenus se trouvent dans les mêmes conditions que ceux qui sont dans les cavités splanchniques. Une des causes aussi, qui concourent à faire avorter l'inflammation, c'est que la compression qui favorise la circulation veineuse est un obstacle à la circulation artérielle.

Ces phénomènes montrent tous, d'une manière irrécusable, que la compression favorise la circulation veineuse, et d'autres faits prouvent que ces vaisseaux habituellement comprimés sont aussi moins sujets à cette dilatation patho-

logique connue sous le nom de *varice*, et partant sont doués de l'organisation la plus avantageuse pour résister à l'effort du sang. Ainsi jamais l'on n'observe de varices dans les veines encéphaliques, thoraciques, abdominales, à moins que la dilatation ne porte sur des veines que l'on ne peut classer parmi celles appartenant en propre à cette cavité, comme celles du ligament rond, des testicules, qui sont placées dans les mêmes conditions pathologiques que les parties échappées accidentellement à la compression; aussi leurs veines peuvent-elles devenir variqueuses comme dans les hernies anciennes. Cet état détermine même un ralentissement de la circulation qui peut rendre compte de l'accroissement en volume de certains viscères contenus dans le sac herniaire, par analogie avec ce que l'on observe dans les animaux hibernans, chez lesquels le ralentissement de la circulation amène cet embonpoint qui précède leur léthargie.

La pathologie est riche aussi en faits tendant à démontrer quelle est la solidité donnée aux parois des vaisseaux par la compression. Ainsi, quand on retire un appareil de fracture, il est de règle de laisser encore quelque temps une légère compression sur le membre, autrement l'on verrait les capillaires, habitués à être soutenus par l'appareil, s'engorger, se rompre, et la gangrène survenir.

La compression est donc la cause de ce que le plus grand nombre des veines n'ont pas de valvules, puisqu'elle ajoute à la solidité de leurs parois et favorise la circulation. Aussi toutes les fois que les veines augmentent d'épaisseur dans un organe placé dans les conditions des viscères splanchniques, c'est seulement pour l'accomplissement des fonctions spéciales. Ainsi l'utérus renfermé dans l'abdomen n'a pas de valvules. Les veines de cet organe ne diffèrent pas plus des autres vaisseaux à sang noir de l'abdomen, sous ce rapport, que sous celui de leur structure, bien que l'on ne leur accorde généralement qu'une seule tunique interne. C'est que l'utérus, à l'exception de quelques couches musculaires su-

perficielles régulières, est formée par l'entrelacement des veines, dont la couche musculeuse hypertrophiée constitue le tissu inextricable de la matrice; et ce fait est susceptible de démonstration, directement par l'anatomie, et rationnellement par la physiologie et la pathologie.

Les dissections démontrent la difficulté que l'on rencontre à séparer de l'utérus les veines qui lui adhèrent par une couche musculeuse très-développée, ce dont on peut se convaincre surtout en faisant cuire une matrice. L'étude des fonctions de cet organe fait voir aussi que les veines suivent toujours, dans leur développement en volume, les variations diverses de l'utérus dans la menstruation ou la grossesse. La pathologie dévoile également les liaisons qui existent entre l'utérus, véritable tumeur veineuse, et les autres veines du corps. Ainsi, chez les femmes en couche, la fièvre puerpérale vient-elle à se développer, le système circulatoire est frappé d'inertie. Si la malade succombe, l'utérus est flasque, œdémateux, tout le système veineux est frappé de la même atonie; les veines laissent transsuder le sang à travers leurs parois ramollies; le tissu cellulaire qui les environne est souvent œdématié comme celui de l'utérus, et souvent le siège d'abcès semblables à ceux que l'on rencontre dans le système musculaire de la matrice.

Les veines de l'utérus sont donc sans valvules comme les veines de l'abdomen, et douées du même nombre de tuniques que celles du reste du corps; seulement la musculeuse s'est hypertrophiée.

Dans les endroits où les organes ne sont plus soumis à une pression égale, ou bien quand ce n'est qu'aux dépens de leurs fonctions que des veines volumineuses eussent eu leurs parois soutenues; ou enfin quand les organes n'auraient pu accomplir qu'incomplètement ce rôle d'auxiliaire par rapport aux veines, la nature a paré à ces inconvéniens par le renforcement des parois de la veine, de deux ma-

nières, ou par l'épaississement accidentel d'une des tuniques, ou par l'addition d'une quatrième tunique inextensible et supplémentaire formée aux dépens du tissu fibreux des organes environnans.

Nulle part cette première disposition, qui contribue à renforcer les parois de la veine, n'a été rencontrée à un plus haut point que dans les veines du crâne, parce que dans nul autre organe il n'était aussi important pour le libre accomplissement de ces fonctions, que les veines ne fussent pas susceptibles d'accroissement en volume.

La tunique musculeuse, par suite d'une transformation très-commune dans l'organisation, est changée en une membrane fibreuse, seulement dans les veines les plus volumineuses qui sont unies à la membrane fibreuse d'enveloppe de l'organe, et accompagnées par elle dans les principales divisions du cerveau. Ces replis, connus sous le nom de *faux*, sont entièrement analogues à la capsule de Glisson. Les fonctions de cette membrane, considérée comme organe de protection et d'auxiliaire à la circulation veineuse, rendent cette analogie encore plus frappante. Ainsi la dure-mère enveloppe tout le système nerveux, et l'accompagne sous le nom de névrilème dans toutes ses divisions. De plus, la résistance de sa structure fibreuse fournit aux veines le moyen de lutter contre l'effort latéral du sang qui aurait pu être nuisible à la substance cérébrale environnante. — Comme moyen de protection, nous venons de voir les avantages attachés à la structure fibreuse des veines ; comme organes de la circulation, nous allons voir quelles modifications cette disposition apporte au libre cours du sang.

L'on comprend d'abord que la fixité de cette membrane aux os limite la pression à laquelle les veines sont soumises, et que, sous ce rapport, elles ne sont pas dans les conditions de celles qui sont libres dans les trois cavités splanchniques. Par conséquent, se trouve détruit un des

agens les plus énergiques de la circulation veineuse, la compression. De cette disposition résulte aussi que les reflux qui s'opèrent dans les inspirations ont un retentissement si direct jusque dans les veines cérébrales, bien que cependant la veine jugulaire interne, à son origine du côté du cœur, porte une valvule constante pour lutter contre cette marche rétrograde du sang.

Cette structure des grosses veines cérébrales, quoiqu'en ait dit le plus grand nombre des anatomistes, n'est pas une organisation exceptionnelle, mais bien une disposition générale pour tout le système fibreux, où les veines sont réduites à leur paroi interne et à la tunique musculeuse qui a subit une transformation fibreuse comme dans le périoste des os du crâne.

Voyez les ligamens, les aponévroses, le périoste des os, la membrane médullaire? Les veines y sont réduites à la paroi séreuse et fibreuse; aussi la circulation dans ce système doit-elle être plus lente que partout ailleurs, car ces veines sont, comme celles du crâne, dépourvues de valvules : et cette lenteur de la circulation est en rapport avec le peu de vitalité de ces tissus, dont l'organisation est si voisine de celui du système osseux.

Aussi l'on conçoit que, par suite d'une des transformations succesives de l'organisme, la tunique fibreuse puisse se changer en une substance osseuse ; alors les veines sont réduites à une seule couche, la séreuse, comme on le voit dans le tissu spongieux, dans les sinus du diploé. Cette disposition, loin d'être défavorable à la circulation, ne fait au contraire que lui être propice; car la dilatation permanente dans laquelle se trouvent les veines, fait que l'action ne devient que plus directe, soit qu'elle parte des capillaires ou de l'aspiration résultant de la respiration.

Mais il n'en est pas de même dans les transformations successives des artères ; car le manque d'élasticité qui en résulte est une atteinte portée à la circulation, et la con-

séquence de cela est la stagnation du sang dans le vaisseau, la formation d'un caillot, l'oblitération du calibre de l'artère. Rappelez-vous ce qui se passe dans l'ossification des cartilages costaux, par exemple, et vous verrez que ce ne sont pas les veines que l'on voit s'oblitérer par un caillot, mais bien les artères. Une conclusion nécessaire de cette observation, c'est que si les veines persistent longtemps, elles doivent, dans les os tout formés, prédominer en nombre sur les artères; et si l'anatomie ne le démontrait pas, comme elle le fait, on pourrait le présumer de prime-abord à l'inspection du cadre nosologique des maladies des os: ne voit-on pas qu'un grand nombre semble résulter du trouble apporté dans les fonctions d'absorption et d'exhalation des veines, comme le rachitis, l'ostéomalaxie, l'éburnation, la dégénérescence graisseuse; ou bien d'autres maladies, d'une lésion dans leur structure, comme le fongus hématode érectile veineux? sans parler d'autres lésions pathologiques qui, n'étant pas encore bien connues, ne peuvent pas encore être considérées comme appartenant à des lésions du système veineux?

Le grand développement des veines dans le système osseux doit donc faire présumer qu'elles jouent un rôle très-important dans la formation et dans la vie des os. Et si dans les animaux inférieurs un seul ordre de vaisseaux suffit pour la formation d'une très-grande quantité de matières calcaires, pourquoi n'en serait-il pas de même chez les animaux supérieurs?

L'on conçoit même que la multiplicité des veines, par l'étendue de leur surface exhalante et absorbante, supplée à la lenteur nécessaire pour des actions toutes chimiques qui croissent d'énergie par le repos, comme celles de l'organisme, au contraire, prennent de l'intensité par le mouvement. Les veines réduites à la membrane interne sont donc un véritable endosmomètre à travers lequel pénètrent

les parties du liquide propres à former la base solide des os. La nature même du liquide que les veines charrient semble le plus propre à constituer les os; car le sang noir n'est-il pas plus riche en sérum que le sang artériel, partie du sang, qui, comme on le sait, tient en dissolution les principes salins propres à constituer la base des os?

Ce n'est pas que je pense que les artères ne jouent un rôle très-important. Le volume considérable qu'elles ont chez le fœtus, et la prédominance en nombre qu'elles ont sur les veines, prouvent qu'elles doivent remplir une part active dans les formations des os. Qu'on se rappelle la consistance fibreuse et cartilagineuse par lesquelles passent les os, et l'on verra si les artères ne doivent pas être les organes formateurs de la trame dans laquelle les veines déposent plus tard la matière calcaire; aussi les artères commencent-elles à s'oblitérer dans un cartilage costal avant que l'ossification soit complète, et les veines sont chargées de ce dernier office. Les expériences de Scarpa confirment ces faits, comme on peut le voir dans son ouvrage *De anatome et pathologiâ ossium commentarii*: « Il n'y a, dit-il, aucun doute que les artères dont les os sont abondamment pourvus lorsqu'ils sont irrités, ne présentent des pulsations plus fortes et plus fréquentes en tant qu'elles ne sont pas rétrécies ou obstruées par la matière salino-terreuse; car cette matière, qui constitue la dureté des os et leur donne la solidité, loin d'être favorable à leurs fonctions organiques, s'y oppose et les interrompt même quelquefois. Chez les chiens auxquels on détruit la moelle du radius, et chez lesquels au septième jour la substance compacte est ramollie et très-gonflée, les artères, finement injectées de gluten rougeâtre, sont si nombreuses dans cette substanee, que l'on ne découvre aucun point qui ne soit rouge; ce que l'on n'observe pas au radius sain de l'autre membre, quoique les artères soient injectées en même temps avec le même soin, la même force: preuve

certaine que les artères qui se distribuent dans la substance compacte, ramollie, gonflée, et privée en grande partie d'élémens terreux, sont dilatées extraordinairement, et que, secondées par une force plus énergique du cœur, elles poussent dans le tissu intérieur de l'os une plus grande quantité de sang; et c'est aussi le motif pour lequel les os des enfans, moins chargés de phosphate calcaire, croissent, s'alongent, s'élargissent, et se rejoignent, lorsqu'ils ont été fracturés, plus promptement que chez les adultes.

Telle est donc la série des tranformations que peuvent subir les veines. Le tissu cellulaire qui les environne peut aussi se convertir en une espèce d'étui fibreux inextensible dans les endroits où les fonctions des organes ou des veines eussent pu être troublées par la compression dans leurs variations réciproques de volume.

Dans les glandes, par exemple, où le volume des veines eût été susceptible de nuire à la sécrétion en comprimant le tissu de l'organe, on rencontre cette disposition. La capsule fibreuse accompagne les veines. Glisson avait bien entrevu que cette structure peut avoir cet usage. Laennec s'est attaché à démontrer que le foie n'est pas le seul organe dans ce cas, mais que toutes les membranes qui enveloppent les organes pénètrent dans leur intérieur en accompagnant les vaisseaux. Peut-être pourrait-on penser que ce n'est qu'un tissu cellulaire unissant lâchement les divers ordres de vaisseaux entre eux; mais le plus simple examen convaincra qu'outre le tissu cellulaire, il se rencontre une membrane inextensible qui, dans le foie, par exemple, accompagne jusqu'à leur terminaison la veine porte, l'artère et les canaux hépatiques, sépare les trois vaisseaux de la substance du foie. Peut-être fera-t-on une objection, en apparence fondée, en représentant que les veines sus-hépatiques ne sont pas environnées par la capsule de Glisson; mais on ne s'étonnera pas de cette disposition, si l'on fait attention qu'elle n'est pas sujette aux

mêmes variations de volume que la veine porte, et que son volume est entièrement subordonné à celui des vaisseaux afférens du foie. Cette tunique fibreuse ne se borne pas aux organes glanduleux partout où la contraction musculaire, la pesanteur du liquide ou le reflux du sang auraient pu dilater les veines : alors on trouve cette tunique supplémentaire comme aux membres, à la tête et au cou. Il est facile de s'en assurer en faisant une section perpendiculaire à l'axe de ces parties : alors on voit que la veine est béante, et comprise dans une gaîne fixée aux os environnans d'une manière invariable, de sorte qu'elle ne peut changer de place.

Plusieurs usages se rattachent à une disposition de cette substance : d'abord ceux que j'ai déjà signalés, qui sont relatifs à la protection qu'elle fournit à la veine contre l'effort latéral; de plus elle est un obstacle à ce que les contractions musculaires ne déplacent cette même veine; et au voisinage de la poitrine, à ce que la pression atmosphérique n'en obstrue le calibre dans les grandes inspirations; et enfin dans les grandes expirations elle empêche que les parois des veines ne soient trop distendues.

Ces derniers usages, attribués aux gaînes fibreuses par M. le professeur Bérard, avaient déjà été indiqués par Haller, qui, à propos du péricarde, avait dit : « *Sed omninò oportune mucroni cordis fundamentum ponere, limitesque fingere, ne ponderi obediat et dextrorsum sinistrorsumve vacillat vasaque magna dum palpitat detrahat.* »

Des faits pathologiques viennent aussi à l'appui de ces considérations physiologiques. On peut voir pourquoi cette disposition des veines, lorsqu'elles sont intéressées accidentellement, peut devenir la cause directe de la mort, par suite de l'absorption de l'air; aussi l'on conçoit que plus on se rapproche de la poitrine, plus les accidens déterminés sont graves, et cela pour trois raisons : la grandeur de l'orifice du vaisseau, la position béante dans laquelle il

reste, et enfin la plus grande énergie de la force aspirante.

L'on comprendra aussi, par cette disposition, comment la blessure des veines profondes des membres peut donner lieu à une hémorrhagie promptement mortelle, la lumière du bout inférieur de la veine étant maintenue béante par la membrane fibreuse qui lui sert de gaîne. Ainsi j'ai vu et disséqué avec soin le membre d'un homme qui reçut un coup d'espadon à la partie externe de la jambe. Il survint une hémorrhagie d'un sang noir que l'on ne chercha d'abord à arrêter que par des lotions avec l'eau froide; ensuite M. Dupuytren jugea convenable d'arrêter cette hémorrhagie par la ligature de la crurale. L'écoulement cessa bien par ce procédé, mais était-ce par ce que les capillaires ne recevaient pas de sang? Le malade ayant succombé à une résorption purulente, son membre fut injecté par le système artériel, et il ne fut pas possible de trouver sur le trajet des artères une lésion qui légitimât la ligature que l'on avait pratiquée.

Dans le système veineux, nous avons vu les parois des vaisseaux alternativement renforcées par la compression des organes environnans, par l'épaississement dans les tuniques, ou bien par l'addition d'une couche inextensible. Mais ce ne sont pas les seuls moyens que la nature ait employés pour la solidité des veines. Ainsi dans un petit nombre de veines l'on trouve des valvules qui, à quelques exceptions près, ont pour usage de couper en plusieurs sections la colonne de liquide qui aurait pesé trop énergiquement sur les parois du vaisseau.

Plusieurs raisons paraissent prouver que les valvules jouissent de cette action spéciale, et non qu'elles remplissent principalement des usages relatifs à la circulation; car on n'en rencontre pas dans les endroits où le reflux est le plus marqué, comme dans les veines qui environnent la poitrine. De plus, on les trouve plus nombreuses et plus rapprochées dans les parties où évidemment elles ne rem-

plissent pas la fonction d'être un obstacle à la marche rétrograde du sang.

Enfin, nous ajouterons qu'un examen scrupuleux montre que, dans plusieurs endroits où l'on remarque des valvules, elles n'obstruent pas entièrement le calibre de la veine ; outre cela, quand ces valvules pourraient, dans l'état de vacuité, combler la lumière de la veine, il n'en serait plus de même dans l'état de réplétion : la pesanteur de la colonne de sang suffit pour augmenter le diamètre de ce vaisseau à parois extensibles, dont le calibre dépasse alors l'étendue des digues opposées au cours du sang ; ce qui explique pourquoi la dilatation variqueuse est si fréquente dans les veines qui ont le plus de valvules.

Cependant dans certaines circonstances on ne peut nier que les valvules n'aient pour usage de s'opposer au retour du sang vers les capillaires ; mais ce n'est qu'autant qu'elles se trouvent dans les mêmes conditions que les valvules de l'artère pulmonaire ou de l'aorte, quand elles se trouvent appliquées sur des parois inextensibles, comme par exemple les valvules que l'on trouve à l'origine de la veine jugulaire profonde qui est rendue inextensible par la gaîne fibreuse dans laquelle elle se trouve contenue.

Dans tout autre cas on ne peut admettre que les valvules aient des usages différens de ceux que nous leur avons assignés. L'examen anatomique vient à l'appui de cela. Ainsi les valvules sont plus nombreuses dans les veines superficielles que dans les veines profondes, où elles sont cependant exposées à des pressions inégales. Mais si l'on considère que les veines superficielles sont soutenues moins efficacement par les organes environnans, il sera facile de prévoir que leurs parois étaient bien plus exposées à céder aux forces qui sollicitent le sang, et l'on ne verra alors dans la disposition valvulaire qu'un moyen de renforcer les parois en empêchant la colonne de liquide de peser de toute sa hauteur. Cette structure est cause que,

quand une veine est ouverte, la pression latérale étant considérablement atténuée, et même rendue presque nulle, le sang ne s'écoule pas par la plaie, à moins qu'il ne se rencontre quelque obstacle à la circulation. Mais supposez qu'il n'y ait pas de valvules, et le sang coulera d'une veine comme d'une artère. Cette disposition des veines est donc des plus avantageuses, puisque la lésion de ces vaisseaux, continuellement exposés par leur situation, eût pu donner lieu à des accidens extrêmement graves, ou même à la mort. On peut en juger par ce qui arrive dans le cas de varices, quand, par suite de l'état pathologique des veines, les valvules sont détruites; la colonne de sang presse sur les parois des vaisseaux, finit même quelquefois par les rompre. Alors le sang s'écoule, et l'on a la plus grande difficulté à arrêter cette hémorrhagie.

Malgré cette protection donnée par les valvules, ce sont les veines qui en ont le plus qui sont le plus exposées à devenir variqueuses. C'est, comme je l'ai dit, l'extensibilité de leurs parois qui fait que les valvules remplissent mal leur office, et qu'elles ne sont pas aussi bien maintenues que par la compression des organes environnans. Le tissu qui entoure ces veines peut seconder beaucoup l'action des valvules par la résistance qu'il présente; c'est ce qui fait que l'affection variqueuse est très-commune chez les individus à peau flasque et fine, à tissu cellulaire lâche, comme chez les sujets lymphatiques; tandis qu'elle est rare chez les personnes dont le tissu cellulaire est serré, dont la peau jouit d'un grand ressort. L'art aussi a pris à tâche de prendre la nature pour modèle, en cherchant, par une compression modérée et permanente, à favoriser la circulation veineuse.

Si dans les veines superficielles les valvules ont pour propriété spéciale de renforcer les parois, elles sont, dans les veines profondes soutenues par les gaines fibreuses, seulement des digues opposées au cours du sang; la com-

pression qu'elles éprouvent est une condition favorable à cette fonction, puisqu'elle supplée à l'inextensibilité du vaisseau, condition nécessaire pour qu'une valvule fonctionne. La compression, qui, lorsqu'elle s'exerce d'une manière invariable et uniforme, est une force suffisante pour soutenir les parois des vaisseaux et favoriser la circulation, devient donc un auxiliaire pour les veines superficielles et profondes, quand elle s'exerce d'une manière inégale. Supposez un moment le corps soumis à une pression égale, et les valvules disparaîtront; c'est ce qu'on voit dans le fœtus, qui, plongé dans le liquide de l'amnios où il subit une pression uniforme, se trouve dans les mêmes conditions que les viscères splanchniques.

Si à l'époque de la naissance on remarque des rudimens de valvules, quelques mois auparavant on n'en découvre aucun vestige : on ne trouve qu'un seul système circulatoire composé d'un seul ordre de vaisseaux charriant une seule espèce de sang, qui est poussé par un seul cœur; car si dans les derniers mois de la grossesse il existe deux ventricules, ils n'ont qu'un seul usage, puisqu'ils reçoivent l'origine bifurquée de l'aorte. Une telle disposition donne à la circulation une énergie double, et l'on conçoit de quelle importance il était que la force d'impulsion donnée au liquide fût augmentée chez le fœtus, l'absence de respiration détruisant une des forces les plus énergiques dans la circulation veineuse. Mais la nature y a pourvu admirablement en doublant l'énergie de la circulation par l'emploi du ventricule droit qui sans cela n'aurait eu aucun usage. L'impulsion donnée au sang doit donc être suffisante pour lui faire parcourir toute la circonférence du cercle circulatoire, et l'action du cœur sur le système veineux doit être favorisé par l'état des capillaires ouverts plus largement, et permettant par suite aux impulsions données au liquide de retentir dans tout le cercle circulatoire.

L'absence de valvules concourt aussi à ce qu'il n'y ait

pas d'obstacle à la circulation; leur présence en effet devenait inutile, puisqu'une seule direction est donnée au liquide, et qu'il ne peut y avoir de reflux. La solidité des veines cependant n'en souffre pas, car la structure de leurs parois se rapproche beaucoup de celle des artères; ressemblance dont les capillaires seuls, chez les adultes, conservent l'empreinte dans les divers parenchymes où il n'y a qu'un seul ordre de vaisseaux comme une seule circulation.

Ajoutez que les veines superficielles du fœtus sont soutenues par la compression du liquide de l'amnios, qui, s'exerçant uniformément, favorise la circulation veineuse en soutenant les parois de ces vaisseaux. Une preuve que le fœtus est comprimé dans la matrice, c'est qu'à l'époque de la naissance, les vaisseaux cessant d'être maintenus, l'enfant prend une coloration rouge qu'il conserve pendant quelques jours; et cela ne tient pas aux efforts de l'accouchement, puisque l'on remarque ce phénomène lorsque l'enfant vient au jour par l'opération césarienne, et sans qu'il y ait eu de contractions de la matrice. Cette compression dans la matrice s'exerce d'une manière uniforme; car aussitôt que l'équilibre est rompu, on voit survenir des accidens; ainsi, lorsque, dans l'accouchement, la poche des eaux est déchirée, la matrice s'applique immédiatement sur le fœtus, et l'on voit un trouble en résulter dans la circulation veineuse; plusieurs veines, inégalement soutenues ou comprimées, se rompent et donnent lieu à ces céphalæmatomes, bosses sanguines que l'on ne remarque pas seulement à la tête, mais aussi dans toute autre partie du corps.

Le principe de la circulation est donc tout différent dans le fœtus ou dans l'adulte, puisque dans le premier le sang est mu par deux puissances que l'on peut comparer à deux pompes foulantes, agissant toutes deux sur un même point et simultanément dans une même direction du cercle circulatoire; tandis que dans l'adulte c'est d'une part une

pompe foulante, et de l'autre une pompe aspirante, dont les actions sollicitent bien le liquide dans le même sens, mais sont réparties aux deux extrémités de la voie que le sang parcourt.

En nous résumant donc sur la circulation veineuse chez le fœtus, les circonstances qui accélèrent la circulation sont la contraction des deux ventricules, la communication libre des deux systèmes artériel et veineux, le peu de différence de leur capacité, le passage de vaisseaux plus larges dans des vaisseaux plus étroits, ce qui, à la périphérie, fait prendre au liquide un mouvement accéléré ; l'absence complète de valvules, puisque le liquide n'avait à se mouvoir que dans un sens, et enfin l'uniformité de pression à laquelle les vaisseaux sont soumis : car l'action du sang sur les parois est combattue avec avantage par la compression des eaux de l'amnios dans lesquelles le fœtus plonge, et est encore diminuée par la rapidité de la circulation en vertu de ce principe d'hydraulique qui fait que la pression exercée par le liquide sur les parois des canaux qu'il parcourt est en raison inverse de la rapidité dont il est animé.

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards; faites à la Salpêtrière, par MM. Hourmann, *agrégé de la Faculté, médecin du Bureau central, et* Dechambre, *interne des hôpitaux.* (4.e Mémoire).

Pneumonie des vieillards. — II.e partie. — *Etiologie et Symptomatologie.*

Avant d'aborder la partie étiologique et symptomatologique de l'histoire de la pneumonie des vieillards, nous indiquerons sur quels matériaux nous allons chercher à l'établir.

On a vu dans notre précédent Mémoire (tom. X, p. 269), que nos observations de pneumonie (*loco cit.*, page 292) se montaient à 156. Sur ce nombre, 47, dont 21 avec autopsie, ne se composent que de simples notes destinées seulement à constater l'existence et le siège de la pneumonie. Restent 109 observations recueillies minutieusement jour par jour :

1.° 33, des 53 malades guéries.	33
2.° 9, des 15 malades mortes avec les signes les plus tranchés de la pneumonie, mais dont l'autopsie n'a pas été faite.	9
3.° 67, des 88 malades mortes avec une imperméabilité complète du poumon, et dont l'autopsie a été faite (18 cas de pneumonie *inter-vésiculaire*, 49 de pneumonie-vésiculaire).	67
	109

C'est cet ensemble de faits qui nous fournira les traits du tableau que nous avons à tracer, et dans toute question susceptible de solution par des chiffres, nous en utiliserons les données numériques.

§. 1.er *Causes de la pneumonie chez les vieillards.* — Deux ordres de causes concourent à la production si fréquente de la pneumonie chez les vieillards. Les unes, liées à l'état même de l'organisme, tiennent en quelque sorte constamment le poumon sous l'imminence de la phlegmasie ; les autres, passagères, accidentelles, se joignent le plus souvent aux premières pour déterminer son invasion.

Causes prédisposantes. — Nous avons déjà signalé dans les poumons des vieillards (1.er Mémoire), un état de bronchorrhée habituelle, ainsi que de congestion permanente plus ou moins marquée, suivant le type auxquels ils appartiennent. Ces conditions organiques constituent la prédisposition la plus active à la pneumonie. Diverses causes, qui entretiennent plus ou moins directement cette

fluxion sanguine des poumons, exercent aussi médiatement une influence prédisposante très-marquee. Nous noterons sous ce rapport, en première ligne, la rigidité de tout l'appareil mécanique de la respiration, qui ne gêne pas seulement le passage de l'air et l'expectoration des mucosités bronchiques, mais entrave encore la circulation pulmonaire; viennent ensuite les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, si variées et si communes dans le vieil âge, et dont l'effet est le même, ainsi que diverses intumescences abdominales qui refoulent le diaphragme et les organes thoraciques, celle surtout qui est due à la distension des intestins par des gaz que l'inertie de leurs parois leur permet difficilement d'expulser. Une prédisposition qui ne peut non plus être contestée, car elle aboutit en définitive au même terme, la gêne de la circulation pulmonaire, c'est l'affaiblissement des forces, soit simplement sénile, soit dû à quelqu'autre cause débilitante générale ou locale, telle que le scorbut, une diarrhée chronique, une lésion ancienne ou récente du cerveau, etc. Enfin sur les limites des causes prédisposantes et occasionnelles se trouvent la bronchite aiguë qui vient s'enter si vite chez les vieillards, sur la bronchite chronique, et ces noyaux d'engorgement que nous avons indiqués dans notre premier mémoire (*loco citato*, p. 416), et dont l'histoire appartient à celle de la pneumonie chronique, terminaisons incomplètes et fréquentes de pneumonies antérieures sur lesquelles nous reviendrons, et qui fixent autant de points d'irritation persistante au milieu du parenchyme. Nous devons ajouter en dernier lieu, que chez les vieillards l'inflammation de l'un des poumons est une prédisposition à l'inflammation de l'autre; aussi la pneumonie double est-elle très-commune à cet âge.

Ces diverses prédispositions à la pneumonie seront promptement saisies par tous les observateurs qui analyseront avec soin toutes les circonstances qui se rattachent à

une maladie si funeste aux vieillards. Elles n'ont point échappé, pour la plupart, à M. Piorry, et nous nous empressons d'indiquer encore ici la conformité de nos résultats avec ceux de ce médecin consciencieux. Quant à l'étendue de l'influence qu'exercent ces prédispositions, sa détermination ne peut guères être séparée de celle du mode d'invasion de la phlegmasie, mode variable que nous étudierons tout-à-l'heure.

Causes occasionnelles. — 1.° *Action du froid.* — On a pu mettre en doute l'influence du froid sur la production de la pneumonie chez l'adulte : chez le vieillard, cette cause est des plus positivement démontrées. Il est, du moins, notoire à la Salpêtrière, que les abaissemens de température sont constamment marqués par l'élévation du chiffre des maladies aiguës, dont les 5/6 sont des pneumonies. Souvent en quelques jours les salles de l'infirmerie s'en trouvent pleines.

Voici, du reste, comment sont distribuées, suivant les époques de l'année, nos 156 observations (1) :

En janvier.	17
En février.	19
En mars.	31
En avril.	20
En mai.	11
En juin.	6
En juillet.	3
En août.	1
En septembre.	1
En octobre.	5
En novembre.	19
En décembre.	23
	156

(1) Nous devons prévenir qu'absens du service de l'infirmerie pendant une portion d'août (dernière quinzaine), et de septembre

Et dans le cas où l'on voudrait s'en rapporter qu'aux autopsies pour accepter le dignostic, voici à cet égard le relevé de nos notes :

En janvier.	6
En février.	14
En mars.	20
En avril.	9
En mai.	3
En juin.	4
En juillet.	2
En août.	1
En septembre.	0
En octobre.	4
En novembre.	15
En décembre.	10
	88

2.° *Variations de température.* — L'influence atmosphérique est tellement manifeste sur la production de la pneumonie des vieillards, qu'on peut la constater jusque dans les alternatives de température considérées indépendamment du degré absolu de froid, et même les deux tableaux qui précèdent, tout en montrant que la pneumonie est plus fréquente en hiver qu'en été, signalent que son maximum de fréquence ne correspond pas à l'époque du plus grand froid, mais bien à celle où la température, sans être glaciale comme en janvier, ni brûlante comme en juillet, est surtout sujette à de brusques alternatives. Ce maximum de fréquence s'observe dans les mois de mars et la première moitié d'avril. En mars 1834, par exemple, où les variations atmosphériques furent très-prononcées sans que le thermomètre descendît au-dessous de + 4, 7,

(première quinzaine), nous ne pouvons comparer rigoureusement le chiffre de ces deux mois avec celui des autres mois, des pneumonies ayant pu se présenter sans que nous les ayons recueillies.

nous observâmes beaucoup plus de pneumonies qu'aux époques de la même année où le froid fut le plus rigoureux.

3.° *Action des vents.* — Les vents secs et violens ont été notés comme favorisant le développement des maladies de poitrine. Nous l'avons constaté également à la Salpêtrière. Il est probable qu'ils n'agissent que par le froid qu'ils produisent, et comme d'ailleurs ils coïncident le plus souvent avec les grandes variations atmosphériques, il est difficile de faire la part de leur action. Mais la *direction* des vents, indépendamment de toute autre condition de l'atmosphère, exerce-t-elle une influence spéciale sur les poumons, de manière à provoquer leur inflammation? Hippocrate avait signalé le vent de *nord-est* comme ayant cet effet. Ce que nous pouvons assurer relativement à nos vieillards, c'est que dans le cours des deux dernières années et cette année même (1836), au mois de mars et d'avril, pendant tout le temps (douze jours en 1834), qu'une augmentation considérable eut lieu dans le nombre des pneumonies, la flèche placée sur l'église de la Salpêtrière a pris la direction du *nord-est* et s'y est maintenue invariablement. Nous avons dit qu'à cette époque aussi la température était abaissée et soumise à des variations.

4.° *Décubitus prolongé.* — La stase du sang dans les parties déclives des organes, est une cause de phlegmasie qu'on peut surtout vérifier à l'occasion de la pneumonie chez les vieillards soumis à un décubitus prolongé. Toutefois nous n'en parlons qu'en dernier lieu, parce que son influence ne consiste le plus ordinairement qu'à aider l'action de toutes les causes signalées précédemment, et ne se fait guères sentir que lorsqu'elles s'y trouvent réunies. Cette influence est d'ailleurs suffisamment prouvée par les résultats d'anatomie pathologique exposés dans notre troisième Mémoire. Nous avons vu, en effet, 1.° que la pneumonie *inter-vésiculaire* occupait toujours soit le bord pos-

térieur du poumon, soit la totalité du lobe inférieur. 2.° Que la pneumonie *vésiculaire* du bord postérieur était une fois plus fréquente que celle du bord antérieur. 3.° Que la pneumonie du lobe supérieur a quelquefois lieu aux environs de la scissure, et celle du lobe inférieur le plus souvent vers son bord postérieur. Or, cette prédilection de la pneumonie pour les parties qui se trouvent être les plus déclives dans le décubitus dorsal, ne peut être attribuée qu'à ce décubitus lui-même.

Cette opinion est encore appuyée par deux autres considérations également tirées de nos faits d'anatomie pathologique : la première, c'est que la pneumonie du lobe inférieur, qui est le plus déclive dans le décubitus dorsal, a lieu le plus ordinairement du côté droit, côté sur lequel on s'incline habituellement dans ce décubitus, tandis qu'à gauche, au contraire, la pneumonie du lobe inférieur est infiniment plus rare que celle du lobe supérieur (3.° Mém., pag. 293). La seconde considération se tire de l'observation que nous avons faite (*loco citato*, page 287), que, chez les asthmatiques qui meurent dans l'orthopnée, on trouve souvent une forte congestion de la base même des poumons, au milieu de laquelle nous avons rencontré plusieurs fois la véritable hépatisation.

L'influence du décubitus prolongé sur la production et la détermination du siège de la pneumonie chez les vieillards, est donc un fait parfaitement établi, et sur lequel M. Piorry a justement insisté dans son histoire de la pneumonie hypostatique ; mais, nous le répétons, cette influence n'a, en général, d'activité bien manifeste qu'autant que les autres causes déterminantes que nous avons mentionnées concourent avec elle. L'été, en effet, quand les poumons des vieillards ne sont plus soumis au froid et aux vicissitudes atmosphériques auxquelles ils se montrent si impressionnables pendant l'hiver et le printemps, le décubitus prolongé ne joue plus un rôle aussi

appréciable dans la production de la pneumonie. En tous cas, ses effets sont toujours très-favorisés par l'existence de quelqu'une des prédispositions organiques énumérées ci-dessus, notamment l'état de pléthore ; aussi est-ce une remarque constante que le décubitus dorsal prolongé est infiniment moins funeste chez les vieilles femmes maigres et cachectiques que chez les vieilles femmes grasses et sanguines dont nous avons formé notre première catégorie.

Si maintenant on jette un coup-d'œil sur tout ce que nous venons de dire de la pneumonie des vieillards, on verra que parmi toutes ses causes il en est qui, prédisposantes, sont communes à tous les sujets (affaiblissement sénile, catarrhe chonique) ; d'autres qui se rencontrent chez un très-grand nombre (maladies du cœur, etc.) ; d'autres enfin qui, comme occasionnelles, exercent sur les vieillards une action beaucoup plus marquée que chez les adultes (influences atmosphériques, décubitus), et l'on comprendra ainsi pourquoi la pneumonie est à-la-fois si fréquente et si grave dans la vieillesse.

On verra encore que, de ces causes, les unes sont de nature à déterminer des congestions actives, les autres des congestions passives du poumon ; mais on commettrait une erreur si l'on pensait que l'action de ces causes est toujours isolée. Le plus souvent elles se combinent, et alors, tantôt c'est une cause de congestion active (froid subit, etc.), qui *détermine* une fluxion sanguine inflammatoire vers le poumon, et c'est en vertu d'une prédisposition débilitante, aidée ordinairement du décubitus, que la pneumonie *se fixe* de préférence dans un tel point de l'organe ; tantôt, au contraire, c'est une congestion, de nature d'abord toute passive, qui détermine consécutivement une véritable phlegmasie, soit sous l'influence d'un refroidissement ou de toute autre cause analogue, soit même, ce qui est beaucoup plus rare, par le simple effet

de la stase sanguine prolongée ou excessive, d'après la loi de physiologie pathologique, *ubi fluxus, ibi stimulus.*

§. 2. *Mode d'invasion de la pneumonie des vieillards.* — La pneumonie chez les vieillards débute de deux manières parfaitement distinctes ; tantôt brusquement et avec le cortège des symptômes qui l'annoncent habituellement chez l'adulte ; tantôt lentement, sourdement, et en l'absence de ces symptômes.

1.° Dans la première forme de début, la maladie s'annonce quelquefois tout-à-coup par un frisson suivi bientôt de point de côté, et plus souvent par ce dernier seul sans frisson, ou bien celui-ci se déclare consécutivement sous forme d'horripilations générales. L'accès de frisson, quand il existe, ne se renouvelle ordinairement pas; il se termine par de la chaleur, à laquelle succède par fois un peu de moiteur, et très-rarement une sueur prononcée.

A la Salpétrière, le début de la pneumonie prend toujours, à l'époque des mois de mars et d'avril, un caractère d'acuité spéciale. Le frisson et le point de côté sont plus fréquens ; ordinairement précédés pendant plusieurs jours, quelquefois même une ou deux semaines, de céphalalgie, d'étourdissemens, d'angines, de coryza avec épistaxis, de douleurs musculaires erratiques, etc., et la pneumonie une fois déclarée, les malades tombent promptement dans un état de stupeur et d'adynamie.

2.° Dans la seconde forme de début, on n'observe ni frisson, ni point de côté : un malaise général, de la faiblesse, l'augmentation ou l'irrégularité des mouvemens respiratoires, une petite toux saccadée, de la chaleur à la peau, voilà souvent les seuls accidens qui signalent l'invasion de la phlegmasie des poumons. Mais il s'en faut de beaucoup que tous ces symptômes se trouvent constamment réunis. Il ne survient quelquefois ni chaleur à la peau, ni toux, ni désordre de la respiration, et tout ce qu'on observe c'est le malaise général et la faiblesse. Les

malades restent couchées, ont moins d'appétit, et ne peuvent rendre compte de leur état. Il peut même arriver que la toux et la dyspnée, si elles existaient antérieurement comme symptômes d'un asthme ou d'un catarrhe ancien, cessent, ou tout au moins diminuent beaucoup au moment où se déclare la pneumonie. Ce fait singulier, nous l'avons constaté plusieurs fois; mais par sa singularité même, il fournit alors un signe négatif qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Au reste, il faut bien se garder de s'en rapporter sur ce sujet aux malades. Les vieillards se plaignent très-rarement de dyspnée dans la pneumonie, quelle que soit la fréquence de leur respiration; aussi faut-il toujours *compter* les mouvemens du thorax. Or, ce compte fait, le calme et même le ralentissement sensible de la respiration, signalent quelquefois, comme nous venons de le dire, l'invasion de la pneumonie.

Enfin, dans quelques cas plus obscurs encore, nos vieilles femmes ne se plaignent même pas de faiblesse ni de malaise. Elles ne demandent pas à venir à l'infirmerie; personne dans leur dortoir, ni surveillantes, ni filles de service, ni voisines, n'aperçoivent de changement dans leur position. Elles se lèvent, font leur lit, se promènent, mangent comme à l'ordinaire, puis elles se sentent un peu fatiguées, se penchent sur leur lit, et expirent. C'est là une des *morts* dites *subites*, de *vieillesse*, à la Salpétrière. On ouvre les cadavres, et l'on trouve une grande partie du parenchyme pulmonaire en suppuration. Des faits remarquables de ce genre se sont passés sous nos yeux à l'infirmerie, sur des femmes reçues primitivement pour des maladies tout-à-fait étrangères aux poumons, et dont elles étaient guéries. Ainsi une pauvre vieille de 85 ans, couchée au N.° 12 de la salle St-Alexandre, entrée quelques jours auparavant pour une simple indigestion, nous parlait gaîment, et pour nous prouver son bon appétit, triturait à grand effort de mâchoires un biscuit de Reims: la visite de la salle n'était pas achevée

qu'on est venu nous annoncer que cette femme mourait. Arrivés en toute hâte, nous avons recueilli son dernier soupir ; ses lèvres retenaient encore les restes de son biscuit. A l'ouverture du corps, nous avons trouvé le poumon droit en pleine suppuration dans toute l'épaisseur de son lobe inférieur. Le larynx, la trachée-artère et les bronches étaient parfaitement libres de tout corps étranger. M. le docteur Falret nous a également communiqué l'observation curieuse d'une vieille femme morte brusquement de pneumonie dans son service (aliénées), sans qu'aucun indice ait pu faire soupçonner l'état de la poitrine. Mais ici il importe beaucoup de tenir compte de l'aliénation, pour apprécier toutes les conditions qui ont rendu la phlegmasie latente. La vieille femme dont il s'agit, *reine de tous lieux*, était remarquable par sa loquacité habituelle et la vigueur des intonations de sa voix. Un matin, sans que rien ait indiqué chez elle le moindre changement morbide, au point qu'elle se promenait et pérorait avec la même énergie de délire que de coutume, on la vit tomber, et bientôt mourir. Un poumon *tout entier* était converti en hépatisation grise.

Nous avons cru utile de savoir si la forme du début de la pneumonie avait quelques rapports avec son siège, et cela principalement suivant qu'elle occupait soit le bord antérieur, soit le bord postérieur.

Cette recherche, qui paraît simple d'abord, offre beaucoup de difficultés. Si une pneumonie du lobe supérieur appartient à la moitié antérieure du poumon quand la grande scissure interlobaire est verticale, elle peut au contraire appartenir en grande partie à sa moitié postérieure, quand la scissure est plus ou moins horizontale (1.er mémoire). Ce serait encore une mauvaise manière de procéder que de prendre d'une part toutes les pneumonies du bord antérieur, et d'autre part toutes celles du bord postérieur, et de chercher à quelle forme de début correspondait cha-

cune d'elles pendant la vie, car les symptômes d'invasion ne peuvent correspondre qu'à la lésion primitive, et il peut se faire que l'inflammation d'un bord ne soit que consécutive à celle du bord opposé.

Nous avons donc choisi pour l'étude de cette question, parmi nos observations de pneumonie *vésiculaire* avec autopsie, et suffisamment détaillées (49) : 1.° celles où le foyer inflammatoire était unique; 2.° celles où le foyer étant multiple, il *était évident* par l'inspection anatomique, que l'un d'eux était de beaucoup antérieur aux autres, et nous n'avons tenu compte que de celui-là; 3.° celles où la pneumonie s'étendant à tous les lobes d'un seul côté n'en occupait pas moins le même bord.

Dix-neuf observations seulement présentent irrécusablement toutes ces conditions. Ce chiffre minime ne nous permet que de poser les bases du travail. De ces dix-neuf observations, sept appartiennent à la pneumonie du bord antérieur, sur lesquelles une fois la forme du début ne put être connue, deux fois eut lieu la forme *latente*, et quatre fois la forme *aiguë*; douze appartiennent à la pneumonie du bord postérieur, sur lesquelles une fois aussi nous n'eûmes aucun renseignement sur le début, huit fois le début prit la forme *latente* et trois fois la forme *aiguë*. Il n'est pas besoin de faire remarquer maintenant combien ces observations s'accordent encore avec ce que nous avons dit sur l'influence du décubitus prolongé sur la production de la pneumonie du bord postérieur.

Des dix-huit cas de pneumonie intervésiculaire, treize offrent les conditions indiquées précédemment; tous appartiennent à la pneumonie du bord postérieur. Sur ces treize cas, une fois la forme du début n'a pas été notée, sept fois eut lieu la forme *latente* et cinq fois la forme *aiguë*. Dans un de ces derniers cas le parenchyme était infiltré de pus.

Le début avait pris encore la forme aiguë dans une des trois observations où le siège précis, relativement aux

bords du poumon, n'a pu être indiqué (*V.* 3.ᵉ Mém. p. 295), et dans ce cas encore le parenchyme était en suppuration. Le début avait été latent dans les quatre autres cas.

En somme, sur dix-sept de nos dix-huit cas de pneumonie intervésiculaire, le début fut aigu dans six cas, dont deux avec suppuration du poumon, et latent dans 11, auxquels appartiennent les trois autres cas de suppuration. Ainsi, malgré le siége constant de l'affection du poumon vers les parties déclives, on voit, comme nous l'avons avancé, que la forme du début, dans un bon nombre de cas, vient, indépendamment des caractères anatomiques, attester la nature vraiment inflammatoire de notre *pneumonie intervésiculaire.* La présence du pus dans les cas où l'invasion avait un caractère passif, démontre aussi comme ce mode de début est loin de suffire pour éloigner l'idée de phlegmasie, lorsque la congestion *planiforme* purement sanguine peut cependant ouvrir la voie aux contestations.

Enfin, quelle influence peut avoir sur la forme du début de la pneumonie, l'existence ou l'absence des diverses prédispositions organiques que nous avons montrées si souvent exister chez les vieillards? Cette question, jusqu'ici négligée, nous paraît renfermer des élémens importans pour l'histoire de l'inflammation des poumons à cet âge.

D'après ce que nous avons dit plus haut de la nature et de la fréquence relative de ces prédispositions, on voit que nous ne pouvons étudier sous ce dernier rapport que les maladies du cœur et du cerveau.

Nous avons constaté l'existence de maladies antérieures du cerveau et du cœur, isolément ou simultanément; 1.° dans onze de nos quarante-neuf cas de pneumonie vésiculaire bien détaillés et avec autopsie; 2.° dans sept de nos dix-huit cas de pneumonie intervésiculaire; en somme dix-huit fois sur soixante-sept observations. Sur les onze cas de pneumonie vésiculaire, quel qu'ait été son siége, dix fois le début prit la forme *latente* et une fois la forme

aiguë. Sur les sept cas de pneumonie intervésiculaire, une fois nous n'eûmes pas de renseignemens sur la forme du début, cinq fois eut lieu la forme *latente*, et une fois la forme *aiguë*; en sorte que sur un total de dix-huit observations, où existait une maladie du cœur et du cerveau, la pneumonie débuta quinze fois d'une manière *latente*.

Il reste quarante-neuf cas où n'existait antérieurement ni l'une ni l'autre de ces maladies, et composés de trente-huit pneumonies vésiculaires, et de onze intervésiculaires.

Sur les trente-huit premières, quatre fois le début ne fut pas noté, quinze fois nous observâmes la forme *latente* et dix-neuf fois la forme *aiguë*. Sur les onze pneumonies intervésiculaires, une fois le début ne fut pas noté, six fois il prit la forme *latente* et quatre fois la forme *aiguë*.

C'est-à-dire que, sur quarante-neuf cas où n'existait aucune maladie du cœur ou du cerveau, la pneumonie débuta vingt-une fois d'une manière latente et vingt-trois fois avec des symptômes aigus.

La conséquence définitive de ces calculs, c'est que quand il existe des prédispositions organiques (maladies du cœur et du cerveau), le début est presque constamment *latent*; tandis qu'en l'absence de ces prédispositions, le début est *aigu* dans *un peu plus de la moitié des cas*.

§. 3. *Symptômes de la pneumonie chez les vieillards.* —Nous examinerons successivement: 1.° les signes rationnels; 2.° les signes physiques; 3.° les symptômes généraux, et nous dirons ce que nous avons remarqué de particulier, sous ces rapports, pour chacune des deux espèces de pneumonies que nous croyons devoir admettre.

1.° *Signes rationnels.*

A. *Douleur*. Dans la majorité des cas on n'observe autre chose qu'un endolorissement vague, soit dans tout le côté du thorax affecté, soit dans toute la poitrine, et spécialement à sa partie antérieure. Dans ces cas la percussion, en

déterminant plus de douleur au niveau de la pneumonie, indique ainsi quelquefois son siége plus précis. Nous avons constaté cet endolorissement vague, 1.° dans des cas où la plèvre était saine; 2.° dans des cas où elle était enflammée. On peut voir, du reste, par le nombre de fois où la pleurésie accompagnait la pneumonie (*anatomie pathologique*, 3.° mém.), comparé à celui où existait le point de côté, que celui-ci manque dans beaucoup de cas où la plèvre est cependant enflammée, même dans une grande étendue. D'autre part, le point de côté, quand il existe au début, cesse le plus souvent au bout de quelques jours pour être remplacé par la simple gêne dont nous venons de parler; mais quelquefois (et cela a lieu le plus souvent quand la maladie doit revêtir plus tard le caractère typhoïde), la douleur, quoique diffuse, augmente considérablement par la plus légère pression, celle même exercée sur les seins. C'est alors qu'on la voit quelquefois s'étendre jusque dans la fosse iliaque.

B. *Dyspnée.* Très-souvent les malades ne se plaignent pas de difficulté de respirer, et il peut arriver que dans ces cas les mouvemens du thorax n'éprouvent réellement aucune modification. D'autres fois ils sont très-irréguliers; d'abord faibles, lents, ils deviennent tout-à-coup accélérés et élevés. Quelquefois le thorax se meut à peine; d'autres fois, au contraire, bien que les malades n'accusent point de dyspnée, la poitrine est agitée, et la physionomie exprime l'anxiété et l'anhélation. L'absence plus ou moins complète de la dyspnée a lieu surtout dans la pneumonie du lobe inférieur; mais il en est autrement dans celle du lobe supérieur; souvent alors c'est une véritable asphyxie; la face est violacée, etc. Cette orthopnée avec jactitation s'observe dans la pneumonie du lobe supérieur droit, comme dans celle du lobe supérieur gauche; toutefois, elle a lieu bien plus souvent, et en général elle est bien plus prononcée dans ce dernier cas. On voit cependant des

pneumonies du lobe supérieur tout-à-fait *latentes*. L'haleine porte quelquefois une odeur manifeste de pus dans le 3.ᵉ degré.

C. *Toux*. La toux mérite chez le vieillard plus d'attention que chez l'adulte. Elle existe le plus communément; mais souvent elle est si faible que les malades mêmes n'y font pas attention. Quelquefois elle se borne à deux ou trois secousses dans toute une journée. Tantôt elle ne diffère pas de la toux de la bronchite; tantôt elle prend un caractère spécial qui peut acquérir beaucoup d'importance dans des cas de diagnostic obscur. A chaque effort de toux, le thorax ne se soulève pas par plusieurs grandes secousses consécutives, et précédées d'une large inspiration, comme cela a lieu dans la bronchite; la toux se fait par une ou plusieurs petites saccades brusques, convulsives, sans inspiration préalable. Au début son timbre est aigu, argentin, et n'offre rien de particulier; mais bientôt elle devient grasse, et un gargouillement se fait entendre à chaque éclat dans l'arrière-gorge.

D. *Expectoration*. Les caractères de l'expectoration, tels qu'on les observe dans la pneumonie chez l'adulte, s'observent très-rarement chez les vieillards; souvent elle manque absolument, et souvent encore, quand elle existe, ce n'est que pour de courts instans; sa suppression est rapide et même brusque dans beaucoup de cas.

L'expectoration sanguinolente a été constatée : 1.° dans quinze de nos quarante-neuf cas de pneumonie *vésiculaire;* encore dans deux de ces cas s'agissait-il seulement d'une couleur légèrement *fauve*, et dans plusieurs autres le sang n'avait paru dans les crachats qu'à une époque avancée de la maladie; dans quatre cas l'expectoration ne fut pas examinée; dans trente cas les crachats n'offraient pas de traces de sang. 2.° Dans deux de nos dix-huit cas de pneumonie *intervésiculaire*, deux fois on n'a rien noté sur l'expectoration, et quatorze fois on s'est assuré que les crachats

n'étaient pas sanguinolens. En résumé, en extrayant de nos soixante-sept observations détaillées avec autopsie les six cas dans lesquels les matières expectorées n'ont pu être examinées, il en reste soixante-un sur lesquels dix-sept fois seulement les matières ont été sanguinolentes.

Mais en examinant le rapport de ce signe avec la forme *aiguë* ou *latente* du début de la pneumonie, nous trouvons que l'expectoration était sanguinolente :

Dans	11 cas	avec début *aigu*.
Dans	5 cas	avec début *latent*.
	16	

Dans le dix-septième cas le début ne fut pas observé.

Quand les crachats ne contiennent pas de sang, ils sont le plus ordinairement grisâtres, opaques, verdâtres, etc.; et à mesure que la maladie fait des progrès, en même temps que les crachats diminuent de quantité, tantôt ils ne changent pas de caractère, tantôt ils deviennent puriformes. Les crachats transparens et visqueux sont extrêmement rares; quelquefois, rendus blancs et grisâtres, ils deviennent en quelques heures d'un beau jaune d'ocre, sans altérer les vases qui les reçoivent; d'autres fois ils altèrent très-promptement ces vases *de cuivre* et prennent l'apparence rouillée.

Quand les crachats contiennent du sang, ils prennent différens aspects : tantôt le sang constitue la plus grande partie des matières expectorées; la pneumonie peut être dite *hémorrhagique*; elle s'observe fréquemment en mars et avril; tantôt c'est une *purée* épaisse, rosée, homogène; d'autres fois ce sont des flocons gris, plus ou moins isolés, au milieu d'un mucus filant, tachés de sang à leur surface, comme s'ils l'eussent ramassé à la surface des bronches en les traversant.

D'autres fois ce sont des mucosités plus ou moins épaisses, inégalement mêlées de sang, dont la combinaison intime n'est jamais parfaite.

Les crachats sanguinolens, ceux surtout de la dernière

espèce, cessent ordinairement à mesure que la maladie fait des progrès; le plus souvent alors, ou l'expectoration cesse entièrement, ou elle devient purulente: quelquefois cependant elle prend la teinte uniforme du chocolat, ou le caractère du *jus de pruneaux*. Il peut se faire que dès le début les crachats aient l'un ou l'autre de ces aspects. On observe le premier dans le cas où il existait préalablement un catarrhe chronique *muqueux*, et le second dans le cas de catarrhe *pituiteux*.

Pour étayer notre observation d'expériences directes, nous avons pris la matière de l'expectoration dans ces deux variétés du catarrhe chronique, et les avons, chacune isolément, mélangées avec du sang provenant de saignées de bras. Le résultat de ce mélange nous a donné un produit d'une identité complète avec les deux espèces de crachats que nous signalons.

Ici se termine ce que nous avons à dire sur les signes rationnels de la pneumonie chez les vieillards. Nous ferons ressortir combien ces signes concordent, ainsi qu'il était permis de le prévoir, avec ce que nous avons exposé dans nos précédens mémoires des divers états anatomiques et physiologiques propres à l'appareil respiratoire à cet âge, de même que des lésions pathologiques. Cet accord est surtout marqué sous le rapport de l'expectoration. La bronchorrhée, pour ainsi dire normale chez les vieillards, devait en effet imprimer un caractère tout spécial au crachat pneumonique, et modifier ce signe *si important* pour le diagnostic chez l'adulte. Les différens accidens de la dyspnée et de la toux ne sont pas moins en rapport avec la disposition anatomique particulière aux diverses pièces du thorax, et déjà nous les avions fait pressentir (Voy. not. 2. *Mémoire sur la respiration des vieillards. Arch.*, novembre 1835).

2.° *Signes physiques.*

1.er *Degré.* — *Auscultation.* — L'invasion de la pneumonie vésiculaire chez le vieillard est annoncée généralement par les signes suivans.

Dans les cas ordinaires, le bruit respiratoire est faible, rauque, comme avorté, dans le point où se développe la pneumonie; ou bien, au contraire, il est plus fort, et de suite il prend le caractère bronchique; ou bien encore il est alternativement fort et faible. Nous rappellerons ici les irrégularités du mouvement respiratoire des vieillards (Voy. *Mémoire sur la respiration des vieillards*).

Lorsque le bruit respiratoire est fort, il s'accompagne constamment de râles sonores souvent très intenses. Plus tôt ou plus tard il se déclare d'autres râles.

Le râle *crépitant*, tel qu'il s'entend chez l'adulte, est extrêmement rare. Les bulles qui le composent sont presque toujours plus grosses, plus larges et surtout plus humides. Il acquiert par fois un timbre grave; alors il est plus sec et se rapproche davantage du bruit du parchemin froissé entre les doigts. Qu'on se rappelle l'ampleur des cellules pulmonaires due à la raréfaction sénile du parenchyme, et l'on comprendra aisément la modification qu'éprouve ici le râle *crépitant*, si l'on admet que ce râle est produit par le passage de l'air à travers des mucosités; or, cette opinion nous semble incontestable d'après ce que nous avons observé, et ce qui demeure établi pour nous relativement au *siège* et *à la nature de la granulation pneumonique* (*V.* 3.e Mémoire, page 285); elle cadre d'ailleurs très-bien avec la facilité qu'ont les différens râles du premier degré à se remplacer les uns les autres chez le vieillard. Il est aisé de prévoir aussi que c'est dans les poumons de notre *premier type* que doit se produire le râle crépitant le plus analogue à celui de l'adulte; c'est, en effet, ce qu'on constate.

Mais le plus souvent le premier degré de la pneumonie

ne donne lieu qu'à un râle muqueux qui occupe une plus ou moins grande étendue. C'est quelquefois un véritable gargouillement dû à l'abondance des mucosités que sécrète habituellement la muqueuse bronchique, et qui se trouve encore augmentée par le fait même de l'inflammation, et la difficulté ou le défaut de l'expectoration. C'est, du reste, principalement dans les poumons du 2.ᵉ et du 3.ᵉ types que cette forme de râle s'observe. Quelquefois dès cette époque, chez les vieilles femmes de notre 2.ᵉ catégorie, nous avons reconnu, à la racine du poumon malade, un véritable *souffle tubaire* qui disparaissait d'un moment à l'autre pour faire place à la respiration naturelle, et ainsi de suite alternativement, et à l'autopsie nous avons plus d'une fois rencontré le poumon parfaitement sain à cet endroit. Ayant examiné comparativement sous ce point de vue, des vieilles femmes bien portantes, nous avons positivement constaté que cette intensité du bruit respiratoire n'était aucunement en rapport avec la manière dont l'air traversait la gorge; car chez ces dernières femmes, quel que fût le bruit guttural, le bruit respiratoire bronchique restait le même.

Cette facilité avec laquelle se produit le souffle tubaire chez les vieillards, s'explique par la largeur des canaux bronchiques; et chez les individus de la deuxième catégorie l'atrophie du parenchyme qui s'affaisse sur la colonne vertébrale, et rapproche de plus en plus sa surface de la racine de l'organe, rend compte de cette particularité, que c'est en ce point surtout que retentit le bruit respiratoire. Quant à cette circonstance, que même dans l'absence de tout engorgement à ce niveau, le souffle tubaire s'y manifeste avec intensité, il nous a paru naturel d'en trouver la raison dans la respiration supplémentaire qui s'opère alors que la congestion sanguine envahit les points circonvoisins, d'autant plus que cet envahissement est rapide et toujours étendu dans les poumons des vieillards.

Nous appelons l'attention sur ce mode spécial de la *respiration supplémentaire* chez les vieillards, mode qui n'a point, que nous sachions, été signalé encore, et qui doit être bien connu pour éviter des erreurs fréquentes de diagnostic.

Il est un autre mode de respiration supplémentaire que nous devons indiquer, et qui ressort également de l'organisation, mais qui ne s'observe que chez les sujets dont les poumons appartiennent à notre premier degré. Comme nous l'avons dit, le bruit respiratoire normal, dans ces cas, a de l'analogie avec celui de l'adulte, mais il en diffère encore par son ampleur, son éclat, etc. (*V.* 2.e Mémoire, page 347). Lorsqu'une pneumonie vient à se déclarer chez les sujets de cette catégorie, la suractivité que prend le mouvement respiratoire pour suppléer, par sa fréquence, à la diminution de l'espace où l'air pénètre, change le bruit pulmonaire dans les points perméables, et lui donne alors entièrement le caractère de la respiration vésiculaire de l'adulte. Ce mode de respiration supplémentaire ne mérite pas moins d'attention que le premier.

2.e *Degré.* — Il arrive beaucoup plus rarement chez le vieillard que chez l'adulte, que l'oreille appliquée sur le lieu de l'hépatisation n'entende absolument aucun bruit. Le souffle tubaire est à-peu-près constant. Il s'accompagne souvent de gargouillement ou de craquemens, parfois d'un bruit de frottement analogue à celui qu'on produit en tournant l'embout du sthétoscope dans l'évasement qui le reçoit. C'est dans ce degré que le souffle tubaire *supplémentaire* s'entend avec force à la racine du poumon, et que, mêlé à un râle muqueux abondant, il peut simuler une caverne largement creusée dans le parenchyme.

Le retentissement de la voix au niveau de l'hépatisation du poumon, n'est point aussi constamment lié au souffle tubaire chez le vieillard qu'il l'est chez l'adulte, ce qui tient certainement chez beaucoup de sujets à la faiblesse de la voix

naturelle. Souvent aussi nous avons remarqué que le retentissement de la voix, comme celui du bruit respiratoire, n'avait pas son plus haut degré de force sur le point malade, mais immédiatement au-dessus, et cela principalement encore à la racine des poumons dans la pneumonie du lobe inférieur. Enfin le retentissement de la voix, quand il existe, se rapproche ordinairement beaucoup plus de l'égophonie que de la bronchophonie. Déjà nous avons fait remarquer (2.e Mémoire), que la voix de beaucoup de vieillards (femmes), était naturellement égophone.

3.e *Degré.* — Les signes du troisième degré se confondent le plus souvent avec ceux du deuxième ; mais quelquefois aussi le souffle tubaire, le retentissement de la voix diminuent à mesure que la pneumonie fait des progrès. Souvent alors, en même temps, le râle muqueux devient de plus en plus abondant, et son gargouillement se fait entendre dans toute la hauteur du thorax non-seulement du côté malade, mais encore du côté opposé.

Dans un de nos deux cas d'abcès, nous avons constaté le gargouillement uni au souffle tubaire jusqu'à la fin.

Dans l'autre cas, il y eut d'abord craquement, bruit de frottement, puis gargouillement au niveau de l'abcès, ensuite tout cela cessa, et les dix derniers jours on n'entendit plus rien, sauf quelques râles sonores par intervalles. L'abcès ne communiquait pas avec les bronches au moment de l'autopsie, ce dont nous nous sommes assurés par des injections.

Nous avons vu des pneumonies, chez nos vieillards, traverser toutes leurs périodes, sans donner lieu à aucun râle. Alors ou bien l'on n'entendait rien, ou bien le bruit respiratoire était très-fort et pur. Nous avons recueilli un fait de ce genre, même dans un cas de pneumonie de tout un lobe (supérieur droit), et l'auscultation a été pratiquée jusqu'à l'instant de la mort. Des observations semblables ont déjà été faites ; il faut sans doute admettre, comme

on l'a dit, qu'alors le bruit respiratoire du côté sain s'est propagé par le poumon induré.

Tout ce que nous venons de dire des râles bruyans et variés qui se développent pendant le cours de la pneumonie, et qui n'occupent pas seulement le niveau des points malades, mais encore se propagent au loin dans toute l'étendue de l'organe, suffit pour démontrer combien, plus souvent que chez l'adulte, la pneumonie des vieillards peut être masquée et rester *latente* dans ses degrés les plus avancés.

Les rapports qui lient le cœur et les poumons chez les vieillards, établissent entre ces organes une solidarité physiologique et pathologique bien plus marquée que chez l'adulte, et qui n'a pas été assez étudiée.

Quel que soit le poumon malade, les bruits du cœur éprouvent fréquemment une modification sensible; la force et l'éclat des battemens augmentent. Dans quelques cas nous avons vu un bruit de soufflet naître et cesser avec la pneumonie.

Quand elle occupe le bord antérieur, qui, dans l'état normal, chez nos vieillards de la première catégorie (*V.* 1.er Mémoire), se prolonge au-devant du cœur et le recouvre en partie, ce bord induré s'interpose quelquefois entre le cœur et les parois thoraciques. Alors un râle muqueux ou crépitant se fait entendre d'abord autour du cœur, et un fait digne d'attention, c'est que ce râle n'a lieu quelquefois qu'à chaque battement. Les bruits du cœur diminuent, puis cessent enfin plus ou moins complètement. Dans ces cas le pouls est filiforme et très-irrégulier, les jugulaires sont gonflées, l'angoisse est considérable; c'est ce que nous avons constaté, surtout dans deux cas remarquables.

D'autres fois le cœur n'est pas recouvert, mais repoussé à droite, gêné dans ses mouvemens; ses battemens diminuent de force, ses bruits sont étouffés.

Dans un cas, à chaque mouvement du cœur, l'oreille sentait une sorte de *vibration, immédiatement sous elle*, dans toute la partie supérieure et antérieure gauche de la poitrine; le choc était communiqué par l'induration du lobe supérieur.

Enfin, dans un cas de pneumonie du lobe inférieur gauche, le cœur fut porté en avant, au point qu'il semblait à chaque battement que cet organe venait s'appliquer immédiatement contre l'oreille; ce n'était point un choc, mais un simple mouvement de soulèvement.

Percussion. — Les mécomptes du diagnostic auxquels pourraient entraîner les résultats de l'auscultation, font qu'on doit attacher beaucoup d'importance à la *percussion* dans la pneumonie des vieillards.

Dès avant l'hépatisation, le son est déjà plus modifié que chez l'adulte ; mais cette modification est relative, et l'on doit souvent considérer chez les vieillards, comme obscur, un son thoracique qui serait clair chez l'adulte, (1.er Mémoire). Par la même raison, l'hépatisation ne donne pas toujours lieu à une matité absolue, principalement quand elle siège à la partie antérieure et supérieure de la poitrine. En arrière, la matité est toujours beaucoup plus prononcée. Au reste, il importe de tenir compte des degrés variés de sonoréité des divers points du thorax chez les vieillards, degrés que nous avons déjà indiqués (*loco citato*); nous n'avons pas à y revenir. Nous nous bornons maintenant à ces faits généraux; mais l'auscultation a d'ailleurs son utilité spéciale dans certaines circonstances données que nous indiquerons à l'article du *diagnostic*.

Tout ce qui précède s'applique également aux deux formes de pneumonie *vésiculaire* et *intervésiculaire*; seulement la pneumonie *intervésiculaire* se distingue de l'autre par certaines particularités que nous allons indiquer brièvement. Nous devons ajouter que, vu le petit nombre de faits que nous possédons encore, nous ne faisons ici

que signaler notre observation, sans autre prétention.

1.° L'expectoration, surtout *sanguinolente*, manque le plus souvent.

2.° Il en est de même du point de côté. Sur nos 18 cas nous ne l'observons que deux fois. Dans l'un le début fut *latent*; dans l'autre il fut *aigu*. Or, si l'on rapproche ce fait du nombre des cas dans lesquels la pleurésie a existé avec la pneumonie intervésiculaire, on verra que la première phlegmasie peut encore exister ici sans provoquer le point de côté (1).

3.° La dyspnée est le plus souvent nulle.

4.° La maladie s'annonce ordinairement par la diminution du bruit respiratoire et par des râles sonores, ou bien un râle muqueux qui devient *serré* dans un point circonscrit. Nous avons constaté le râle *crépitant* limité, là où à l'autopsie nous n'avons trouvé que l'imperméabilité planiforme.

Dans les degrés plus avancés, le plus souvent même, quand a existé le râle *crépitant*, on n'entend plus qu'un murmure sourd et rauque. D'autres fois, il est remplacé par un souffle tubaire bien tranché, soit permanent, soit passager, comme dans la pneumonie vésiculaire. Le gargouillement au niveau de la racine des poumons est à-peu-près constant.

Rien de spécial relativement à la percussion.

(*La suite à un prochain Numéro*).

---

(1) Lors de la publication de notre troisième Mémoire, nous n'avions pas retrouvé la note sur l'état de la plèvre, dans la pneumonie inter-vésiculaire. Nous en placerons ici l'indication. Sur nos 18 cas, six fois il n'est pas fait mention de la plèvre; mais sur les douze autres, six fois il y eut des fausses membranes récentes, et six fois la plèvre a été trouvée intacte. Nos deux cas de *point de côté* sont compris dans les six où la pleurésie était manifeste. Nous ajouterons l'existence de la pleurésie comme une preuve de plus de la nature inflammatoire de cette pneumonie.

Réflexions sur l'œdème considéré comme symptôme dans la gangrène spontanée; par M. A. Godin, interne à l'hôpital Necker, membre de la Société anatomique.

Il est bien établi aujourd'hui que la cause la plus fréquente, sinon la cause constante, des gangrènes dites spontanées, réside dans les vaisseaux sanguins. Mais on est loin d'être aussi instruit sur le rôle respectif des deux ordres de vaisseaux, dans la production de cette affection et de ses divers phénomènes. Presque tous les auteurs, n'étudiant que les modifications apportées à la circulation artérielle, ont négligé complètement les altérations des veines; aucun du moins n'a suffisamment apprécié l'influence de ces vaisseaux sur la production des phénomènes qui ont précédé, accompagné ou suivi la maladie. La comparaison des deux observations suivantes, soit entr'elles, soit avec les autres observations publiées jusqu'à ce jour, pourra peut-être servir à éclairer ce point de pathologie.

Obs. I.re — *Œdème du membre inférieur gauche; gangrène spontanée des orteils de ce côté; ossification de quelques points du système artériel, en particulier de l'artère tibiale postérieure gauche; oblitération de la veine crurale du même côté.* — La femme Duvinage, âgée de 73 ans, est entrée depuis peu de temps à la Salpétrière. Elle exerçait auparavant la profession de marchande de vins. Elle est depuis trois ans sujette à des dévoiemens avec quelques alternatives de constipation. Depuis longtemps aussi elle tousse et crache beaucoup; mais pas de sueurs, aucun signe rationnel de maladie du cœur. Il y a trois mois que cette femme porte une affection du genou droit, qui, consécutivement, a déterminé une tuméfaction, puis une ulcération des ganglions de l'aine de ce côté. A son entrée à l'infirmerie, salle Saint-Thomas, n.° 25, le

7 mai 1835, la jambe *gauche* est un peu tuméfiée ; la jambe *droite* est le siège d'un érysipèle œdémateux qui est combattu avec succès par les onctions mercurielles. Bientôt il se déclare du côté *gauche* une douleur dont le trajet répondant à celui des vaisseaux fémoraux, est indiqué avec la main par la malade. Pendant quelques jours on eut recours à un liniment opiacé. Le 12 ou 13 mai, apparut une tache rouge de vin sur la face dorsale du pied, en arrière du troisième orteil. Consécutivement il se forma une phlyctène sur cet orteil, et plus tard, sur les deux derniers, une sérosité noirâtre vint soulever l'épiderme. L'artère crurale à l'aine est dure, et donne la sensation d'un cordon résistant et ossifié. Cependant on sent les battemens qui parfois donnent lieu à une espèce de frottement. On ne peut découvrir rien de pareil dans le reste du membre qui est œdématié. On continua l'emploi du liniment opiacé, auquel on joignit à l'intérieur de l'extrait gommeux d'opium, jusqu'à la dose de trois grains, sans amélioration notable.

Le 30 mai, dans la crainte d'une artérite, on fait appliquer des ventouses scarifiées dans le jarret et à la partie interne de la cuisse. Le 30 mai et le 1.er juin, les douleurs continuent, mais la maladie ne paraît pas faire de progrès. Le 2 juin, soif, pas d'appétit, langue rouge à la pointe, bouche mauvaise, vomissemens après l'ingestion des alimens, point de douleurs à la région épigastrique, dévoiement comme d'habitude ; battemens du cœur un peu sourds, assez peu fréquens. Noirceur de l'ongle du troisième orteil. Les phlyctènes et les taches ne se sont pas étendues.

Les jours suivans, légère rougeur teinte fleur de pêcher, à la région des trois derniers orteils ; tache d'un rose plus tranché à la base du quatrième. La chaleur de ces parties semble égaler celle des autres parties du corps. Œdème considérable du membre. (Frictions avec l'oxymel scillitique).

Le 15, l'escarre du cinquième orteil commence à se détacher. (Pansement avec le styrax).

Les jours suivans, l'œdème diminue; il est même presque complètement disparu le 20; un cercle rouge se prononce, trace la limite entre la partie mortifiée et la partie saisie du troisième et du quatrième orteils. On voit bien encore quelques taches rosées peu nombreuses sur le pied, mais les douleurs ressenties auparavant le long de la cuisse ont disparu. Pendant cette amélioration locale les symptômes du côté du tube digestif redoublent d'intensité; d'abord calmés, ils reviennent bientôt par l'imprudence de la malade; les vomissemens et le dévoiement répétés l'affaiblissent; elle succombe le 27.

De même que dans l'observation, je retrancherai dans la description des résultats de l'*autopsie* beaucoup de détails inutiles au sujet qui m'occupe. (Elle fut faite 27 heures après la mort).

Maigreur considérable. Les jambes ne paraissent pas infiltrées. Les orteils présentent le même aspect que pendant la vie.

Le cœur est gorgé de sang, ainsi que la partie supérieure du système sanguin. Son volume est normal : il n'y a pas d'ossification des valvules. L'aorte pectorale offre vers sa crosse une ossification contenue dans l'épaisseur de ses membranes. Quelques ossifications pareilles, une entre autres, d'une longueur d'un pouce et demi, et ne formant pas un cercle complet, se remarquent dans l'aorte abdominale. Ce vaisseau, ainsi que l'artère iliaque primitive et l'hypogastrique, sont à l'extérieur comme ratatinés, et paraissent être revenus sur eux-mêmes. Quelques ossifications peu nombreuses dans l'artère crurale gauche; le sang n'y est pas arrêté. L'artère poplitée au moment où elle se divise offre un petit caillot arrêté sur une ossification. L'artère tibiale antérieure, la péronière examinée jusqu'au pied, n'offrent rien de remarquable, ne sont pas ossifiées et sont perméables. La tibiale postérieure est ossifiée dans

une grande partie de sa longueur; quelques intervalles permettent cependant le passage du sang au moyen des anastomoses. L'artère plantaire externe offre aussi quelques concrétions; l'interne paraît libre.

La veine cave inférieure, l'iliaque primitive, contiennent beaucoup de sang noir liquide. Les veines superficielles de la jambe sont très-développées; la veine crurale (gauche) encore libre au moment où la saphène s'y jette, ne tarde pas à offrir des caillots adhérens à ses parois dans toute son étendue, surtout au niveau des valvules sous lesquelles ils s'enfoncent presque partout. Ces caillots sont rouges, ailleurs jaunes et décolorés; leur face externe, en rapport avec la membrane interne de la veine peut s'enlever par lambeaux rougeâtres, semblables à des portions de fausses membranes. A l'extérieur, ces caillots font paraître la veine noueuse. Les veines satellites des artères de la jambe offrent la même altération. Toutefois leur origine est libre. Les veines et les artères du membre inférieur droit n'offrent aucune lésion. Quelques tubercules miliaires dans les poumons; excavation au sommet du poumon droit. Ulcération de l'estomac à fond cancéreux, etc.

Obs. II.e — *Gangrène des deux pieds, sans infiltration; cœur et système artériel très-peu développés; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.* — Au commencement de mars 1836, entra dans les salles de médecine de l'hôpital Necker, la nommée Debas (Joséphine), âgée de 25 ans, dentelière. Cette femme est dans l'état cachectique le plus prononcé; sa maigreur extrême, l'altération de ses traits, lui font donner, à la première vue, un âge double de celui qu'elle a réellement. Toutefois elle assure n'avoir jamais été malade; jamais non plus elle n'a été grasse, bien qu'elle eût de l'appétit et qu'elle digérât bien. Sa nourriture était saine. La nuit de mars 1835 elle alla à la messe de minuit, et eut très-froid aux pieds. Le lendemain, elle eut des douleurs assez fortes pour

la faire crier, et de la rougeur assez vive à ces deux membres à-la-fois. Elle fut obligée de se mettre au lit. Parfois les accidens semblaient cesser, mais ils ne tardaient pas à revenir. Enfin, sur la fin de février les pieds devinrent noirs ; elle appela un médecin qui lui conseilla de venir à Paris. Huit jours après, elle était à l'hôpital, où l'on put constater une gangrène non limitée des deux pieds.

A différentes reprises on pressa sur le trajet des artères crurales, sans que jamais la malade y accusât de la douleur; jamais auparavant elle n'a souffert dans cette région. Les battemens de ces vaisseaux pouvaient être perçus, bien qu'ils fussent peu développés. Ne trouvant pas de raison suffisante de la maladie, le médecin, chargé alors du service de la salle, crut cependant, et malgré l'état cachectique du sujet, devoir faire pratiquer une saignée, tout en appliquant des toniques sur les pieds. Quelques jours après, l'affection commença à se limiter sur le pied gauche ; un cercle rosé de bon aspect circonscrivit les parties mortes. Du côté opposé, au contraire, la gangrène continua à s'étendre. La malade fut transférée dans les salles de chirurgie.

Le 19 mars, douleurs vives dans les deux pieds comme pendant toute la durée de l'affection. A gauche, l'escarre est formée par un peu plus de la moitié antérieure du pied ; elle est bornée par une ligne rouge de bon aspect, et la suppuration commence à détacher les parties mortes qui sont d'un noir foncé. A droite les trois-quarts du pied sont envahis. La région plantaire, le talon, sont en partie couvertes de phlyctènes violettes; le reste est noir. Un cercle violacé, circonscrivant l'escarre, indique l'extension de la maladie aux parties voisines sur lesquelles on remarque déjà le commencement de quelques phlyctènes. Odeur excessivement fétide des parties mortes, malgré le quinquina en poudre et les lotions chlorurées. Les jambes sont maigres, sans aucune infiltration. On sent les battemens de

l'artère crurale dans leur moitié supérieure ; je ne peux sentir la poplitée.

La malade se plaint continuellement ; son visage exprime la souffrance ; il est tout-à-fait vieilli. Joues rouges, langue rouge, papilles saillantes. Cette malheureuse conserve encore de l'appétit ; elle va tous les jours à la selle sans douleurs ; matières un peu liquides. Ce matin elle a vomi ce qu'elle a pris, et a rendu quelques crachats striés de sang ; elle ne tousse pas. Les battemens du pouls se succèdent avec rapidité ; on peut à peine les compter ; un instant après ils se ralentissent, ils sont extrêmement faibles et irréguliers. Les battemens du cœur sont distincts, quoique précipités ; pas de bruits anormaux dans la région précordiale.

Un instant après la visite elle pousse des cris, puis s'affaisse. Elle meurt le 20 au matin.

Autopsie 24 heures après la mort. — Aucune lésion dans l'abdomen ni dans les organes qui y sont contenus.

Thorax. Poumon gauche parfaitement sain, à part quelques adhérences filamenteuses ; poumon droit un peu engoué à sa partie postérieure ; adhérences plus nombreuses, surtout au sommet qui offre un tubercule du volume d'une petite noix, et deux ou trois autres productions de même nature plus petite, mais à l'état de crudité comme la première.

Système circulatoire. Le péricarde est sain ; il ne contient pas de sérosité. Le cœur est du volume du poing du sujet, par conséquent très-petit. Le doigt introduit dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche y sent une forte résistance due à l'épaississement cartilagineux de la valvule mitrale dont chaque valve a près de deux lignes d'épaisseur. Le cœur gauche ne contient aucune coagulation. Le ventricule droit, au contraire, contient dans toute sa longueur un caillot en partie embarrassé dans les colonnes charnues, et les tendons qui vont s'insérer à la valvule mi-

trale. Ce caillot se prolonge dans l'artère pulmonaire; il est recouvert par une membrane mince et transparente qu'on peut détacher de sa surface; il faut exercer de fortes tractions pour le détacher du cœur. Des caillots analogues se prolongent des veines de l'oreillette dans les veines caves. Les orifices du cœur droit sont à l'état normal, ainsi que l'orifice auriculo-ventriculaire aortique. *L'aorte* est à son origine très-peu volumineuse; à peine a-t-elle deux pouces de circonférence, et se rétrécit ensuite progressivement, de sorte que cette circonférence n'a plus même un pouce au-dessous du tronc cœliaque et de la mésentérique supérieure. Les artères iliaques sont également très-petites; les crurales n'ont pas le volume qu'ont ordinairement les humérales chez un sujet de même taille. La tibiale antérieure, le tronc tibio-péronier, n'ont pas trois-quarts de ligne de diamètre. Enfin, les artères péronière et tibiale postérieure, suivies jusque dans la gangrène, n'ont pas plus de la grosseur des articulaires chez un sujet sain. Du reste, ces artères sont parfaitement perméables, et n'offrent à l'intérieur aucune ossification ni couleur morbide. Le système veineux est sain, et des diamètres paraissent proportionnellement plus considérables que ceux des artères. Dans les parties gangrénées, les altérations ne diffèrent pas de celles que l'on rencontre ordinairement.

Chez ce sujet, la cause occasionnelle (le froid) qui, chez tout autre, n'aurait pas eu d'effet, a suffi pour déterminer la gangrène. Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par suite duquel le sang arrivait en moindre quantité au ventricule, et par suite, aussi, en moindre quantité à un système artériel déjà insuffisant pour alimenter complètement les parties auxquelles il se distribuait, n'a pas été non plus sans doute étranger à la production de la maladie: toutefois la cause principale doit en être cherchée dans cette espèce d'atrophie du système artériel.

Pour résumer en quelques mots ce que ces deux observations offrent de plus saillant :

Dans la première, oblitération de la veine crurale ; œdème du membre inférieur.

Dans la deuxième, système artériel très-peu développé ; obstacle au cours du sang artériel ; sécheresse de tous les tissus.

Dans les deux, gangrène des extrémités.

Peu importe où siége l'obstacle à la circulation dans un membre ; si cet obstacle est assez grand pour arrêter le cours du sang, la mortification en sera la suite. Mais le mécanisme en sera différent suivant qu'il résidera dans les artères ou dans les veines. Dans le premier cas, le sang ne pourra arriver aux parties ; dans le deuxième, une fois arrivé, il ne pourra plus en sortir ; dans le premier cas, les tissus seront vides de sucs ; dans le deuxième, ils en seront abreuvés ; dans l'un, il y aura atrophie, sécheresse du membre malade ; dans l'autre, tuméfaction, œdème.

La théorie est donc ici parfaitement d'accord avec les deux faits que nous venons de rapporter. Nous allons voir qu'il en est de même des faits publiés par les auteurs, et que dans tous les cas où la cause de la gangrène est dans les veines, il y a œdème ; que ce phénomène manque au contraire dans ceux où les artères sont seules malades.

Malheureusement les faits ne sont pas toujours aussi simples, aussi tranchés que nous venons de le supposer. Si, en effet, les altérations des veines et des artères peuvent se présenter isolées, elles peuvent aussi exister simultanément. Il résulte de là que l'on a quelquefois fait une analyse incomplète de la maladie, et attribué à la lésion principale un symptôme qui n'était qu'un épiphénomène, résultat lui-même d'une complication. Cette erreur a été d'autant plus facile à commettre, que malgré les expériences de Quesnay, malgré les opinions émises par quelques chirurgiens sur la possibilité de la mortification par la liga-

ture d'un tronc veineux, l'espèce de gangrène spontanée causée par une oblitération des veines, a à peine éveillé l'attention des observateurs. Or, ceux-ci n'ayant pas eu l'occasion d'étudier la symptomatologie de ces derniers cas, il n'est pas étonnant qu'ils aient accordé peu d'attention à la lésion des veines dans l'analyse des faits complexes venus à leur connaissance. Nous ne passerons donc à l'étude des cas simples ou compliqués dans lesquels la maladie primitive est dans les artères, qu'après avoir examiné avec soin ceux où la lésion de la veine existe seule, ou est au moins la cause évidente et principale de la gangrène. Ces cas étant rares, comme je l'ai déjà dit, j'ai cru nécessaire de rassembler ici quelques détails.

M. François dut juger d'une grande importance, en tant qu'observation unique, le fait suivant, communiqué très-incomplètement par M. Baffos, à l'Académie royale de Médecine (1). Il s'agit d'une jeune fille qui, affectée d'escarres gangréneuses au pied droit, et de douleurs atroces dans le pied et la partie inférieure de la jambe gauche, succomba, et ne présenta pour toute lésion à l'autopsie que les veines des deux membres abdominaux enflammées, remplies par une sorte de caillot légèrement adhérent à la surface interne des veines, et en quelques endroits de petits points purulens. En 1833, deux observations déjà un peu plus détaillées, furent publiées par M. Piorry (2). Dans un seul cas la mort eut lieu. Les artères n'offraient aucune lésion, mais les veines du membre malade étaient oblitérées. Dans les observations de MM. Baffos et Piorry, il n'est point fait mention de l'œdème. Je n'hésiterai point cependant à croire, comme l'a fait M. François pour la première, que ce n'est qu'une omission. Ces deux observations en effet sont rapportées en

(1) Séance du 12 avril 1827. *Arch. gen.*, T. XIV, p. 113.
(2) *Clinique médicale de la Pitié*, p. 79.

quelques lignes ; leurs auteurs ont seulement voulu signaler une affection rare. Nous sommes d'autant plus fondés à admettre cette opinion, que les expériences déjà citées de Quesnay (1), les recherches de MM. Ribes et Bouillaud (2), ont assez démontré que l'oblitération des veines s'accompagne constamment d'hydropisie du tissu cellulaire, et que, d'une autre part, un fait recueilli avec des détails suffisans par le dernier de ces observateurs, sans parler de celui que nous avons rapporté, est complètement d'accord avec elle.

Voici l'analyse abrégée de ce fait qui avait échappé aux recherches de M. François : « Il se développa chez une femme de 36 ans, sujette aux engelures, une phlébite des veines du bras. L'affection parut d'abord bornée à une partie des veines superficielles qui étaient très-dilatées et très-douloureuses. La pression ne produisit pas de douleurs dans l'intervalle des parties affectées. La main et l'avant-bras étaient très-enflés, d'un rouge obscur, et présentaient çà et là des ecchymoses comme scorbutiques. Plus tard les douleurs s'étendirent jusqu'à l'épaule, et devinrent très-violentes. Vers le quinzième jour, la maladie envahit les autres veines superficielles ; la circulation s'arrêta dans la céphalique. Il se forma des phlyctènes sur le dos de la main. La phlébite continua à faire des progrès ; il en fut de même de la gangrène qui s'étendit en diamètre et en profondeur dans l'intervalle des veines affectées.... A *l'autopsie*, on trouva la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la partie postérieure de la main et du quart inférieur de l'avant-bras gangrénés. La phlébite occupait la plus grande partie des veines du membre, dont plusieurs contenaient une matière analogue à de la lie-de-vin ; l'axillaire elle-même contenait du pus. » (3)

(1) *Traité de la gangrène humide*. 1764, p. 103 et suiv.
(2) *Archives*, *Revue médicale*, Passim.
(3) *Revue médicale*. 1825, t. III, p. 17.

M. Gendrin, qui rapporte aussi cette observation, établit parfaitement la relation de cause à effet, entre l'arrêt du sang dans les veines et la gangrène. Je ne puis mieux faire que de transcrire ici le passage de cet habile médecin : « On ne peut, dans cette observation, attribuer directement à la violence ni à la nature de l'inflammation des veines, la gangrène des tégumens et du tissu cellulaire du dos de la main, puisque la mortification occupait les intervalles des vaisseaux, mais n'affectait pas ces organes, siège primitif de l'inflammation. N'est-on pas fondé à considérer cette gangrène comme l'effet de l'oblitération des principales veines du membre, d'autant plus qu'elle n'est survenue, ainsi que l'inflammation qui l'a immédiatement déterminée, que quelque temps après la phlébite interne confirmée ? L'œdème et l'infiltration du sang par vergetures comme scorbutiques qui ont précédé cette gangrène, sont, comme on sait déjà, l'effet direct de l'oblitération inflammatoire des principaux vaisseaux d'un membre. » (1)

Quant à notre première observation, il y avait, à la vérité, outre l'oblitération de la veine crurale, l'ossification de quelques points du système artériel ; mais je pense que la lésion des veines, considérée comme cause de la mortification des orteils, a tout au plus été formée par l'altération peu considérable des artères. Nous avons vu en effet l'œdème et la douleur, selon le trajet des vaisseaux fémoraux, précéder de plusieurs jours la manifestation de la gangrène ; nous avons vu plus tard cette gangrène se borner, en même temps que l'œdème disparaissait et que la circulation veineuse se rétablissait par le moyen des veines superficielles restées libres, et cela sans que la nature de l'affection artérielle eût éprouvé aucune modification.

Notre observation, comme celle de M. Ribes, vient

(1) *Histoire anatomique des inflammations*, tome II, p. 79.

donc pleinement à l'appui de l'*à priori* de M. François. Les veines étaient la cause de la gangrène : un œdème assez considérable avait précédé le développement de l'affection.

Nous allons aborder à présent l'étude des faits beaucoup plus fréquens, et qui presque tous ont été l'objet des travaux des pathologistes, des faits de gangrène par obstacle au cours du sang artériel.

Ce qui me frappa le plus dans la deuxième observation placée au commencement de ce travail, ce qui dirigea même mon attention vers l'étude des gangrènes spontanées, ce fut cette sécheresse extrême de tous les tissus qui semblaient prêts à périr faute de sucs. Je voulus rechercher si ce phénomène avait été observé dans tous les cas. Une première lecture de l'*Essai sur les gangrènes spontanées*, me démontra le contraire. Je vis que non-seulement l'œdème ou la tuméfaction du membre malade avaient été notés dans un certain nombre de faits, mais que bien plus, M. François donnait ce symptôme comme l'un des phénomènes qui précèdent le développement de la mortification. Etonné d'un tel résultat, qui me semblait complètement en opposition avec celui que j'avais tiré des deux faits observés par moi, j'ai dû examiner avec plus de soin les observations renfermées dans cet ouvrage. Je vis alors que ces observations pouvaient se partager en deux classes; l'une où les artères seules avaient été altérées; l'autre, assez nombreuse, dans laquelle, à la lésion principale, s'était jointe consécutivement, mais à un moindre degré, l'oblitération des veines. Sur 26 cas consignés dans le livre de M. François, et dans lesquels les membres malades furent examinés, soit après la mort des sujets, soit après l'amputation, j'en ai trouvé huit où, suivant l'expression de l'auteur, il y avait artério-phlébite.

Voici, en quelques mots, quelle fut, dans sept de ces

cas (1), la marche de l'affection. D'abord, engourdissement, vives douleurs sans gonflement, puis apparition de la gangrène qui s'étend avec une rapidité variable; à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie, du cinquième ou sixième jour au troisième mois une seule fois, en même temps que la gangrène, œdème ou tuméfaction qui persistent jusqu'à la mort du sujet, après avoir fait plus ou moins de progrès. Dans le huitième cas (2), où l'on dit qu'il y a phlébite, sans décrire les altérations subies par les veines, il n'est point fait mention du gonflement; mais cette observation, très-courte, est encore incomplète sous plusieurs autres rapports. Cette complication n'est donc pas aussi dépourvue de symptômes propres que le pense l'estimable auteur que je cite. On pourrait déjà, d'après l'examen des faits précédens, affirmer, sans crainte de se tromper, qu'il y a une liaison directe entre l'apparition de l'œdème dans le courant de la maladie, et la transmission de l'inflammation des parois des artères à celles des veines. L'examen des faits de la première classe (ceux où la lésion artérielle existe absolument seule), transforme cette opinion en certitude. Si, en effet, nous exceptons les sept cas précédens, l'engorgement n'est noté que deux fois dans les vingt-six observations que nous analysons. Quant à ces deux derniers faits, dans l'un (3), l'infiltration des jambes avait précédé dès long-temps la gangrène, et il existait une ancienne maladie du cœur; dans l'autre cas, enfin, l'oblitération des veines n'est pas non plus notée; mais on avait fait l'amputation quelque temps avant la mort, et il ne s'était pas écoulé de sang par ces vaisseaux, dont les parois ressemblaient à celles des artères. Dans ce cas, le seul d'ailleurs qui puisse offrir quelque difficulté, il existait

---

(1) *Essai sur les gangrènes spontanées*, obs. 10-11-14-20-21-22-43.
(2) *Loco citato*, obs. 16. — (3) *L. c.*, obs. 9.

dans l'oreillette droite une concrétion polypeuse ancienne (1).

Dans tous les autres cas, à l'exception des neuf précédens, quelle que soit l'époque où l'on a observé les malades, que l'on ait pris la maladie à son début (2) ou dans ses dernières périodes, nulle part il n'est fait mention de l'engorgement. Dans l'un des cas l'on a suivi le développement de l'affection. On a noté la couleur bleuâtre de quelques veines, mais il n'est point parlé de la plus légère apparence d'œdème. Dans un grand nombre, au contraire, en même temps qu'on note le siège de la lésion dans les artères seules, on indique positivement l'amaigrissement considérable du membre du côté affecté, l'absence de toute infiltration, la sécheresse des tissus, comme dans notre première observation. Enfin, le fait suivant (3) nous offre réunies de la manière la plus curieuse les deux ordres de preuves : il y avait à-la fois gangrène spontanée du pied et de la main. Au membre inférieur il survint pendant le cours de l'affection une infiltration considérable; outre la lésion artérielle par laquelle l'affection avait débuté, il y avait oblitération de la veine fémorale. Au membre supérieur, l'artère seule était malade : il n'y avait aucune espèce de tuméfaction.

Il est étonnant, d'après cela, que M. François, généralisant d'après le petit nombre de faits signalés plus haut, ait indiqué l'œdème comme phénomène concomitant de la gangrène par oblitération des artères. Il est probable que ce médecin se sera laissé entraîner en voulant établir une analogie trop exacte entre la gangrène spontanée, et celle qui survient à la suite de la ligature du tronc artériel principal d'un membre, et dans lequel l'œdème est signalé comme un des symptômes précurseurs. Mais en admettant comme sans exception le fait dont il s'agit ici, en admet-

(1) *Loco citato*, Obs. 15. — (2) *Loco citato*, obs. 21-28-29-30. — (3) *L. c.* Obs. 21.

tant que la veine n'ait pas quelquefois été comprise dans la ligature, qu'elle n'ait pas été enflammée dans la plaie, il est clair qu'il y a loin de cette ligature qui anéantit brusquement toute puissance circulatoire dans un membre, à cette oblitération graduelle qui ne fait que ralentir considérablement la circulation, tout en permettant aux anastomoses d'entretenir la vie dans les parties situées entre le cœur et la gangrène. Dans le premier, toute *vis à tergo*, tout mouvement sont détruits; dans le deuxième il en existe encore assez pour ne pas laisser le sang veineux dans une stagnation complète.

Il résulte donc de cette discussion, que loin d'être en opposition avec nos faits, ceux de l'*Essai sur les gangrènes* (1) ne font que les confirmer;

Que, par conséquent, un œdème considérable coïncidant avec le développement d'une gangrène spontanée, indique, sauf les cas d'ancienne maladie du cœur, que l'obstacle principal au cours du sang réside dans les veines;

Que ce phénomène survenant dans le cours de la maladie à une époque plus ou moins éloignée de son début, annonce l'extension de l'affection au système veineux;

Que l'atrophie, la sécheresse des tissus, est un signe que l'obstacle réside uniquement dans le système artériel.

Ces conclusions, basées sur l'examen rigoureux des faits, ne sont point purement spéculatives. En effet, le traitement ne sera point le même si l'on a affaire à une affection des artères ou des veines. C'est ainsi que M. Piorry ayant à traiter une gangrène spontanée, et pensant, d'après les symptômes, avoir affaire à une lésion des veines, parvint à limiter l'affection et obtint la guérison à l'aide

(1) Des observations consignées dans divers recueils depuis cet ouvrage, confirment tout ce que nous avançons; nous avons cru inutile d'en parler ici, les faits rassemblés par M. François étant en nombre suffisant.

d'une position convenable et d'une compression sagement ménagée. C'est ainsi que dans notre premier fait, sans les graves lésions des organes intérieurs, nous aurions vu la guérison survenir sous l'influence des moyens qui avaient aidé au rétablissement de la circulation veineuse, et facilité la résorption de la sérosité épanchée dans les mailles du tissu cellulaire (1).

---

(1) La critique à laquelle s'est livré l'auteur du Mémoire précédent, n'ôte rien au mérite de l'ouvrage couronné en 1832 par la Société royale de Médecine de Bordeaux (*Essai sur les gangrènes spontanées*, par Victor François, in-8.°, 1832. Paris, chez Béchet). Il est rare de voir de pareils ouvrages sortir d'un concours. Mais M. François nous apprend lui-même que dès long-temps il avait fait des recherches sur les gangrènes spontanées. Nous arrivons un peu tard pour donner une analyse détaillée de cet ouvrage, auxquels plusieurs articles du *Dictionnaire en* 25 *volumes* ont fait des emprunts importans (voyez l'article pathologique des *Artères*). Contentons-nous de donner ici le plan général de l'ouvrage. Après avoir rapporté une série d'observations recueillies par lui ou empruntées aux meilleurs auteurs, M. François étudie les causes de gangrène spontanée, qu'il divise en directes et en indirectes, en causes accessoires portant sur le système nerveux, en causes principales agissant sur le système circulatoire. Il étudie parfaitement le mécanisme de la production de la gangrène, et arrive à ce résultat que la gangrène n'est point une maladie par elle-même, mais bien une terminaison de maladies diverses. Il décrit donc successivement la symptomatologie et les lésions de l'artérite aiguë et de la chronique, les ossifications, la phlébite, etc. M. François rapporte aussi de nombreuses observations de guérison de gangrène spontanée, et fait voir que ni l'opium conseillé par Pott, ni même les saignées employées si souvent depuis Dupuytren, ne peuvent avoir des succès constans. Malgré quelques longueurs dans la rédaction, ce livre est encore et sera probablement long-temps le traité le plus complet et le plus original sur la matière. (*N. du R.*)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De l'emploi du tartre stibié contre le délire qui survient dans les périodes avancées de la fièvre typhoïde; par le professeur ROBERT J. GRAVES, *de Dublin* (1).

Les faits suivans prouvent que l'émétique peut être administré avec avantage, à des doses considérables, contre la fièvre typhoïde, à une époque de la maladie à laquelle son emploi semblait en général inapplicable. Dans mes premiers essais sur ce médicament uni à l'opium, je ne l'avais point employé aussi hardiment que je l'ai fait depuis. Je m'empresse de reconnaître que j'ai été puissamment encouragé dans cette nouvelle voie de traitement par les idées que le docteur Marryat, de Bristol, a publiées en 1788, mais qui étaient restées complètement inconnues dans toute l'Angleterre, jusqu'à la mention qui en a été faite dans le Numéro d'avril de la *Revue médicale anglaise et étrangère*. L'assurance, donnée dans ce livre dont je n'avais encore jamais entendu parler, que l'émétique peut être utilement employé à très-hautes doses à une époque avancée des fièvres malignes, me porta à attacher plus d'importance à ce médicament employé seul, et à l'administrer avec plus de hardiesse. Mes tentatives ont été couronnées de succès.

Il ne faudrait pas confondre cette méthode nouvelle avec celle bien connue et presque populaire, qui consiste à administrer l'émétique, comme vomitif ou diaphorétique, au début des affections fébriles, et je regrette vivement de ne l'avoir pas découverte plus tôt, car depuis que je l'ai adop-

(1) *The Dublin Journal*, N.° 27.

tée, ma pratique privée aussi bien que ma pratique à l'hôpital sont bien plus heureuses qu'auparavant.

Le premier cas où j'ai mis la nouvelle méthode à l'essai, s'est présenté récemment à l'hôpital Meath, et a été suivi attentivement par plusieurs étudians et plusieurs praticiens qui ont tous été d'accord sur ce point, que le malade aurait succombé s'il avait été traité d'après la méthode ordinaire.

Obs. I.re — Joseph Taylor, âgé de 21 ans, robuste, d'habitudes modérées, entra à l'hôpital le 7 mai 1836. Il était malade depuis sept jours. La maladie avait commencé par des frissons, de la céphalalgie, des douleurs de reins, etc. Au moment de son entrée, il était dans l'état suivant: céphalalgie, tintement des oreilles, visage coloré, yeux légèrement injectés, traits grippés, peau chaude et sèche, légèrement tachetée; abdomen plein et mou, constipation. (On prescrivit une infusion de rhubarbe).

Le 9, sommeil assez bon, un peu de délire, tintement d'oreilles; augmentation de la céphalalgie; éruption plus abondante de pétéchies; toux légère; un peu de râle bronchique dans les deux poumons; abdomen à l'état normal; selles régulières; pouls à 100, dur, manifestement dicrote; langue brune, sèche, âpre et couverte d'un enduit. Le malade avait eu une épistaxis peu abondante trois jours auparavant. (Toutes les quatre heures, une pilule composée de trois grains de pilules mercurielles avec un demi-grain de poudre d'ipécacuanha; deux sangsues aux narines, à renouveler le soir s'il y a lieu).

Le 10.e jour de la maladie, sommeil passable dans la nuit; l'écoulement de sang par les narines avait été abondant; diminution de la douleur de tête; visage encore coloré et chaud; température du reste du corps moins élevée qu'à l'état naturel; pieds très-froids; pouls à 112, dicrote et filiforme; langue brûlée et couverte d'un enduit brun foncé; difficulté très-grande à faire sortir la langue. (Cata-

plasmes autour des pieds ; vésicatoire sur la région précordiale : dans la journée, vésicatoires aux mollets ; toutes les quatre heures la potion suivante : mixture camphrée ℥j ; liqueur d'Hoffmann ʒj).

Le 11.ᵉ jour, le malade avait eu un violent délire la veille au soir ; plusieurs fois il avait essayé de sortir de son lit, mais les recommandations de l'infirmier l'avaient rendu calme chaque fois pendant un court espace de temps ; délire continuel et grincement des dents pendant toute la nuit ; sommeil nul. Peu de temps avant la visite du matin, attaque épileptiforme qui dura environ dix minutes, et dans lequel il fut extrêmement agité et écuma. A neuf heures du matin : visage coloré, anxieux, avec une expression de férocité ; yeux hagards et injectés ; pupilles naturelles ; le malade se plaint d'un obscurcissement de la vue ; pupilles contractées ; respiration précipitée ; changemens de position continuels ; le malade déchire les linges placés autour des vésicatoires ; peau chaude et sèche ; abdomen souple ; point de tympanite ; intestins relâchés ; langue sèche et chargée ; le malade tire la langue incessamment et la mord ; grincement des dents ; pouls dicrote, très-fréquent, un peu dur, mais petit. (Toutes les demi-heures, une demi-once de la mixture suivante : tartre stibié, gr. vj ; eau de fontaine ℥x ; mucilage et sirop de pavots blancs, de chaque ℥j). A trois heures après-midi, la moitié de la mixture était prise. La seconde dose avait déterminé des nausées qui ne s'étaient point reproduites ensuite ; même délire violent ; le malade croit avoir dans la bouche un os qu'il mord constamment ; sueur abondante depuis l'emploi de la mixture, dont l'administration est continuée de demi-heure en demi-heure. A six heures, le malade paraît un peu plus calme ; toute la mixture a été prise sans qu'il y eut de nausées ; la langue et les lèvres ont été mordues gravement ; sueur abondante ; une grande quantité d'urine a été lâchée dans le lit ; pouls plein et mou. (Toutes les

demi-heures, une demi-once de la potion suivante : tartre stibié, gr. iij ; eau de fontaine ℥ v ß ; sirop simple ℥ ß). A 11 heures, toute cette mixture était prise sans nausées; visage moins moins coloré; délire continuel ; pouls à 100, plein et mou. (Toutes les demi-heures, une demi-once de la mixture suivante : tartre stibié gr. iv ; mixture de camphre, ℥ viij ; teinture d'opium ʒ j).

Le 12.ᵉ jour, le délire a duré toute la nuit; sommeil nul ; le malade parait plus calme le matin ; visage moins coloré ; yeux encore farouches et fixes, mais très-peu injectés ; sourcils rapprochés ; pupilles naturelles ; le malade parle raisonnablement ; pouls à 80 et régulier, ayant perdu son caractère dicrote ; constipation. (Lavement émollient ; même mixture ; une pinte de porter ; bouillon de poulet). A trois heures après-midi, la mixture étant finie, on fit prendre le mélange indiqué ci-dessus où le tartre stibié entre seul sans opium. Après en avoir pris deux doses, le malade s'endormit et goûta un sommeil paisible, rarement interrompu, pendant le jour et la nuit suivante.

Le 13.ᵉ jour, le malade paraissait calme et parlait très-raisonnablement ; les taches de la peau avaient disparu ; pouls à 84, mou et régulier. (On suspendit les médicamens ; un verre de porter ; quelques alimens légers).

Le malade prit en tout plus de vingt grains de tartre stibié dans l'espace de trente heures, et n'eut qu'une fois des nausées.

Cette observation présente plusieurs circonstances qui méritent quelques développemens. D'abord, il est bien certain que le malade était atteint de la véritable fièvre typhoïde, sous la forme qu'elle présente depuis plusieurs années en Angleterre et à Paris. En effet, dans cette dernière ville, l'éruption pétéchiale de la peau, ressemblant un peu aux taches de la rougeole, est considérée comme un signe pathognomonique de cette affection. Cette asser-

tion est importante, relativement à l'emploi de l'émétique à une dose si élevée. En outre, il est digne de remarque que c'est le dixième jour de la maladie que se manifestèrent des symptômes de prostration assez alarmans pour faire prescrire immédiatement des vésicatoires et des stimulans. C'est immédiatement après ce collapsus que débutèrent les signes d'une violente excitation cérébrale, et ce collapsus qui était resté présent à mon esprit ne me permit pas d'employer les émissions sanguines qui sans doute n'auraient pu être supportées, et qui, au moins, auraient pu produire rapidement une débilité funeste. Aussi ne renouvellai-je pas l'application des sangsues. Le délire fut extrêmement violent; on fut obligé de mettre la camisole de force, et de faire surveiller le malade d'une manière continue. Les contorsions du visage, l'aspect féroce de la physionomie, les mouvemens des mâchoires par lesquels le malade mordait continuellement sa langue et ses lèvres, offraient un spectacle effrayant, et annonçaient un état d'excitement qui évidemment ne pouvait être surmonté que par l'emploi de moyens énergiques.

Le vésicatoire de la poitrine ayant paru ajouter beaucoup à cet état d'excitement, car le malade y portait continuellement les mains pour l'arracher, je ne voulus point en faire placer sur la tête, étant convaincu qu'ils aggraveraient le mal, d'autant plus que dans plusieurs cas les vésicatoires ainsi placés m'ont paru déterminer une sorte de délire traumatique. La fréquence et la dureté du pouls, ainsi que la détermination évidente du sang vers la tête, semblaient indiquer l'emploi du tartre stibié, et rien du côté des voies digestives ne s'opposait à ce qu'on le donnât à doses fréquemment répétées. Le résultat dépassa nos espérances, car sous l'influence de ce médicament, le délire disparut peu-à-peu, et le pouls, perdant beaucoup de sa fréquence, devint plein et mou de petit et bref qu'il était. Ces circonstances permirent d'essayer l'opium, qui ne fut administré qu'après

que le malade eût pris douze grains d'émétique. Peu de temps après on mit l'opium de côté, et l'émétique seul acheva la guérison; mais il est permis de se demander si à lui seul il n'aurait pas amené le sommeil.

Je fais ces remarques afin de détruire une fausse idée que l'on s'est faite relativement à l'emploi de tartre stibié et de l'opium dans le délire des fièvres, et afin d'empêcher qu'on ne prescrive ce dernier avant d'avoir pris les précautions nécessaires pour faire disparaître ou au moins diminuer la congestion cérébrale, ce que l'on obtient au moyen d'évacuations convenables ou du tartre stibié.

On a dit que le malade dont l'observation vient d'être rapportée n'était pas dans un danger tel que sa guérison dût être considérée comme une chose remarquable. La réfutation d'une telle objection se trouve dans les détails même de l'observation, qui, ne donnant pas, à beaucoup près, une peinture suffisante de l'état déplorable où se trouvait le malade lorsque je commençai mon traitement, est cependant assez exacte pour convaincre tout médecin connaissant les symptômes et la marche de la fièvre typhoïde, que le cas était sans espoir. Pourrait-on dire qu'un malade, parce qu'il est jeune, n'est pas dans un danger imminent, quand un état de collapsus qui survient au dixième jour de la fièvre, et qui exige l'emploi des vésicatoires et des stimulans, est suivi le lendemain d'un délire extrêmement violent, qui rend nécessaire que l'on attache le malade dans son lit, et qui est accompagné d'un accès convulsif effrayant, semblable à un accès épileptique, et durant plus de dix minutes ?

Ce dernier symptôme à lui seul est plus que suffisant pour dénoter un danger extrême.

On a dit que les faits cités par moi ne servent qu'à démontrer tout ce que la nature peut supporter, ce qui veut dire que j'étais très-coupable de donner aux autres praticiens l'exemple de l'emploi de l'émétique à des doses si

élevées. Mais dans les maladies aiguës qui menacent immédiatement la vie, on a peu de choses à attendre de la nature. Il faut employer des remèdes énergiques. S'ils sont donnés en temps opportun, leur énergie est toute employée à combattre la maladie. C'est ce qui est arrivé chez tous les malades dont j'ai rapporté les observations; aucun d'eux n'a souffert en aucune manière du traitement.

J'ai d'autant plus de plaisir à rapporter le deuxième cas qu'on va lire, qu'il a été suivi par le chirurgien en chef, M. Crampton, qui a été frappé des bons effets produits par un mode de traitement qu'il n'avait encore jamais vu employer, et cela dans des circonstances qui, de son aveu, annonçaient le plus grand danger. Le docteur Campbell a été également témoin de ce fait, et il a affirmé devant ses élèves, que lorsque je prescrivis mon traitement, il espérait à peine qu'on pût sauver le malade.

Obs. II.e — M. C., jeune chirurgien, de constitution athlétique, fut pris du frisson de la fièvre, le lundi 9 mai 1836. Dès le début, il reçut des soins du docteur Campbell. Lorsque je le vis, le sixième jour de la maladie, il offrait une éruption abondante de pétéchies semblables aux taches de rougeole. Le septième, il ne survint aucun symptôme extraordinaire: la céphalalgie, qui avait été très-vive au début, avait disparu à la suite de l'application de quelques sangsues. Dans la matinée du huitième jour, nous remarquâmes que, de temps en temps, le malade respirait d'une manière irrégulière. Il paraissait soupirer doucement à plusieurs reprises, anomalie de la respiration qui indique souvent un trouble de l'innervation, et que j'ai vue fréquemment se montrer l'avant-coureur d'une excitation cérébrale. Aussi ai-je bien soin de la signaler à l'attention de mes élèves auxquels je la désigne sous le nom de respiration cérébrale. Dans l'après-midi du même jour, le docteur Crampton vit le malade et jugea le cas très-grave. Le pouls était à 140 et misérable; le malade

était couché sur le dos; l'éruption pétéchiale était très-prononcée; le ventre s'était rapidement tuméfié depuis quelques heures; ce dernier symptôme était d'autant plus grave, que le ventre était souple et aplati le matin, et qu'il ne se présentait aucune cause pour rendre compte de l'apparition soudaine de la tympanite, à moins qu'on ne la considérât, ainsi que cela arrive trop souvent, comme un signe de mort prochaine. La langue était sèche et la soif vive. On décida en consultation qu'on aurait recours au chlorure de sodium. Tout-à-coup le malade sauta hors de son lit, et parvint presque à se jeter par une fenêtre. Il fut pris alors d'un délire furieux qui ne dura que quelques minutes, et fit place à un délire beaucoup plus doux. Cependant il ne voulut point se remettre dans son lit, et nous fûmes obligés de lui permettre de se promener en chemise dans sa chambre, soutenu par deux hommes. De temps en temps, ses yeux devenaient saillans et féroces, et parfois il menaçait d'une voix effrayante tous ceux qui l'entouraient. Aucune considération ne put l'engager à se placer dans son lit, ni même à consentir qu'on plaçât une couverture autour de ses membres nus et glacés. Assis sur une chaise, dans cet état, il était effrayant à voir; son pouls était si rapide qu'on pouvait à peine le compter, et en même temps il était excessivement faible.

L'état de la circulation ne permettait point de combattre l'excitation cérébrale par l'artériotomie, ni même par l'emploi des sangsues; des vésicatoires n'auraient agi que trop lentement, et pouvaient aggraver le mal; les affusions froides paraissaient impraticables. En un mot, le malade paraissait en dehors de toutes les ressources de la médecine. Voyant qu'il ne restait plus qu'un moyen de salut à tenter, et pensant qu'il n'y avait pas de temps à perdre, car le docteur Campbell et moi nous pensions que le malade ne survivrait pas douze heures, je prescrivis une potion composée de la manière suivante : une once de sirop de pavots

blancs, une once de mucilage, six onces d'eau et huit grains d'émétique. Il fut décidé que le malade boirait une demi-once de ce mélange toutes les demi-heures, jusqu'à ce qu'on observât quelque changement dans l'état de l'excitation cérébrale.

Les six premières doses parurent déterminer quelques nausées, mais il ne vomit qu'après la septième. La huitième dose produisit également des vomissemens abondans d'un liquide muqueux et bilieux. Après ce second vomissement on obtint qu'il se plaçât dans son lit; il était évidemment plus calme, mais comme il était resté très-longtemps exposé au froid, on eut beaucoup de peine à rappeler la chaleur naturelle de ses membres et même de toute la surface de son corps, au moyen de diverses applications chaudes.

Nous revîmes notre malade à dix heures du soir, et d'après l'effet énergique du médicament, nous convînmes qu'on ne l'administrerait plus que toutes les deux heures.

Le 18 mai, neuvième jour de la maladie, à huit heures du matin, le malade avait pris cinq doses depuis la dernière visite; l'estomac était resté tranquille depuis la huitième dose. Le malade avait dormi tranquillement pendant plusieurs heures au commencement de la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs jours. Mais ce matin il était plus excité qu'avant de s'endormir. Il menaçait quelques-unes des personnes qui l'assistaient, et semblait avoir une tendance à redevenir furieux. En conséquence, nous jugeâmes à propos de rapprocher les doses du mélange émétisé, qui fut continué à une heure et demie d'intervalle.

A une heure après-midi, la quantité d'émétique prise depuis la veille à six heures du soir, s'élevait à huit grains. Une solution d'égale force dans de l'eau simple fut prescrite à la dose d'une demi-once toutes les quatre heures. Le malade dormit beaucoup pendant le jour; le médica-

ment agit sur les intestins, et produisit plusieurs selles liquides, très-abondantes, composées de matières jaunes ayant un aspect naturel. Cet effet est souvent produit par l'émétique à une époque avancée de la fièvre typhoïde, et est toujours un bon signe. Bien que le malade fût évidemment plus tranquille, on crut devoir laisser deux hommes pour le surveiller. Il délirait encore de temps en temps, et ne voulait pas que certaines personnes, contre lesquelles il semblait avoir une grande aversion, l'approchassent.

A sept heures du soir, la fièvre s'était élevée de nouveau, et l'excitation cérébrale allait en augmentant. Nous recourûmes donc de nouveau à des doses répétées toutes les demi-heures, jusqu'à ce qu'on vit céder l'excitation. Alors on n'administra le médicament que toutes les deux heures.

Le 19 mai, dixième jour de la maladie, à dix heures du matin, le malade avait pris six doses pendant la nuit. Il était parvenu à sortir de son lit le matin de bonne heure; mais il avait marché tranquillement dans son appartement, et était rentré dans son lit quand on l'en avait prié; ensuite il avait bien dormi. A raison des heureux résultats qu'on avait obtenus, nous pensâmes qu'il n'était pas nécessaire de persévérer dans l'emploi de l'émétique. Le malade en avait pris en tout douze grains; ce médicament avait notablement diminué la fréquence du pouls, et, ce qui fut très-frappant, pendant les quarante-huit heures pendant lesquelles on l'employa, non seulement le pouls devint plus lent, mais même beaucoup plus mou et plus plein; la peau devint plus souple et plus humide; le ventre reprit sa forme primitive et devint souple. Les pétéchies diminuèrent beaucoup. Cependant la fièvre persistait. Parfois il prononçait des paroles incohérentes, mais il ne cherchait plus à sortir de son lit.

Le 14.e jour de la maladie, on nota une diminution évidente des symptômes généraux. Le pouls tomba, et la res-

piration qui, dans le moment où il était le plus mal, s'exécutait environ 50 fois par minute, tomba à 25. Cette amélioration continua à faire des progrès, et le 17.e jour toute fièvre disparut. Le pouls était alors à 60.

Il suffit d'ajouter qu'on dût administrer un doux laxatif tous les deux jours, jusqu'au début de la convalescence. Depuis le moment où l'émétique fit cesser l'excitation cérébrale, le malade dormit tranquillement jusqu'à la fin de sa fièvre.

Obs. III.e — M. M., âgé de 40 ans, d'habitudes sédentaires, fort et corpulent, fut pris récemment de symptômes graves de fièvre typhoïde. Dès le début, il fut traité activement et avec habileté par le docteur Ireland. L'éruption pétéchiale parut vers le cinquième jour. Le malade avait été saigné largement deux fois; des sangsues avaient été appliquées plusieurs fois aux tempes dans l'intention de faire cesser la céphalalgie. On avait aussi employé les purgatifs. A l'époque où l'éruption parut, l'agitation et l'affaiblissement augmentèrent, et le sommeil devint très-rare. En peu de jours, son état devint alarmant; je le vis en consultation avec le docteur Ireland, le 9.e jour de la fièvre.

Le malade avait déliré pendant toute la nuit précédente; il était couvert d'une sueur fatigante par son abondance; le pouls était à 130; sa respiration était très-fréquente; son visage offrait une expression évidente d'excitation, mais non à un grand degré de violence; sa langue était desséchée, et son corps était couvert de pétéchies. En un mot, malgré les émissions sanguines générales et locales qu'on avait pratiquées activement dès le début de la maladie, il était évident que l'excitation cérébrale s'était développée, et cela à une époque de la maladie où la prostration présente un obstacle redoutable à l'emploi ultérieur des mêmes moyens. La corpulence du malade et la saillie de son abdomen étaient d'un très-mauvais augure, car il est bien connu que les sujets très-gras guérissent rarement d'une affection typhoïde de caractère grave.

Dans cet état de choses, on administra l'émétique à la dose de trois grains dans les vingt-quatre heures. Il fut continué pendant quarante-huit heures, c'est-à-dire, jusqu'à ce que le système nerveux eût éprouvé un calme manifeste. Non-seulement, sous l'influence de ce médicament, le délire se calma et le sommeil se rétablit, mais encore le malade eut des selles bilieuses abondantes, et le pouls, ainsi que la respiration, diminuèrent notablement de fréquence. Il est digne de remarque aussi qu'à mesure que l'émétique exerça son influence, on vit diminuer l'abondante et inutile transpiration qui cessa entièrement au bout de quelques heures.

Ce malade dut évidemment son salut au traitement par l'émétique, car bien que la fièvre persistât encore pendant plusieurs jours; cependant il ne fut jamais en danger, et n'éprouva d'autre symptôme grave qu'un hoquet qui s'établit vers le 13.e jour, et le tourmenta jour et nuit. Du vin rouge à la glace est le moyen qui parut avoir le plus d'influence pour faire cesser ce symptôme. La fièvre cessa tout-à-fait vers le 19.e jour.

Le docteur Ireland, qui a une grande expérience de cette maladie, éprouva un vif intérêt à suivre les bons effets d'une méthode de traitement entièrement nouvelle pour lui, dans un cas qu'il croyait presque sans espoir.

Dans le cas suivant, plusieurs praticiens suivirent les progrès de la maladie, et tous pensèrent, ainsi que moi, que rien n'aurait pu sauver la vie du malade. La guérison de ce dernier fut, sans exagération, un sujet d'étonnement pour nous tous, et en même temps elle fut si évidemment produite par le traitement adopté, que plusieurs des médecins présens qui avaient balancé à admettre l'utilité de l'émétique à un degré avancé de la fièvre typhoïde, ne purent s'empêcher de reconnaître qu'aucun mode de traitement n'aurait pu avoir une issue aussi favorable.

Obs. IV.e — Edward Meylagh, âgé de 25 ans, paysan

robuste et fortement musclé, éprouva vers le 25 mai 1836, les symptômes ordinaires d'une fièvre typhoïde. Il entra à l'hôpital Meath le 1.er juin, après l'heure de la visite. Depuis le début de sa maladie, il avait été purgé plusieurs fois et énergiquement par des pilules et des potions purgatives. Je le vis à neuf heures du matin, le 2 juin. Il avait passé une nuit excessivement agitée, prononçant continuellement quelques paroles entre les dents, et était devenu parfois si difficile à maintenir, qu'on avait été obligé de lui mettre la camisole de force. Au moment de la visite, il était silencieux, ne voulait répondre à aucune question, ni montrer sa langue. Son visage était triste et hagard, et prenait parfois une expression de crainte et de férocité; yeux vitrés et légèrement injectés; surface du corps sèche et chaude, à l'exception des membres qui étaient froids et livides; pouls à 132, petit et comprimé; respiration à 42, irrégulière; abdomen ni tuméfié, ni douloureux; le malade lâchait ses matières fécales et ses urines sous lui; la langue était sèche et brune au centre, humide et rouge vers les bords. Toute la surface du corps était couverte de pétéchies. On s'occupa immédiatement de rétablir la chaleur des extrémités, et je prescrivis, de demi-heure en demi-heure, une demi-once d'un mélange composé de huit onces d'eau, quatre grains d'émétique et deux scrupules de laudanum.

A midi, le malade commença à grincer les dents, à froncer les sourcils, à mordre ses lèvres, et à cracher au visage de toutes les personnes qui approchaient de son lit. L'expression de sa physionomie était rendue plus effrayante par les mouvemens rapides des globes oculaires et par un strabisme fréquent. Bientôt il devint dans un état de violence tel que la camisole de force ne suffit plus, et qu'il fallût attacher ses jambes et ses cuisses au lit. Les carotides battaient violemment; tantôt il riait, tantôt il criait très-fort. Pouls à 132, petit et filiforme. L'émétique n'ayant produit aucun effet, je le prescrivis à dose double.

A six heures après-midi, le visage était beaucoup meilleur ; le malade était moins triste ; ses paroles étaient encore incohérentes, mais elles roulaient sur des sujets gais ; transpiration abondante et chaude ; pouls à 120, mou et compressible ; respiration régulière, à 36. On continua à administrer la double dose d'émétique. A neuf heures du soir, le malade avait dormi tranquillement depuis six heures et demie ; la transpiration persistait ; urines abondantes ; extrémités de température normale, et moites ; les pulsations des carotides avaient perdu de leur violence. Depuis le matin, il avait pris quatre grains et demi d'émétique et vingt-trois gouttes de laudanum. On continua à donner le médicament à des intervalles réguliers, mais suivant l'exigence des symptômes. Le malade n'avait eu ni nausées, ni selles.

Le 3 juin, le malade avait dormi assez bien pendant la nuit, et avait bu trois doses du mélange. Vers cinq heures du matin, il devint un peu plus agité ; on lui donna aussitôt une dose double, puis il s'endormit d'un sommeil très-calme jusqu'à neuf heures. A cette heure, langue rouge, sèche, couverte de fissures à la pointe ; augmentation de la soif ; le malade boit abondamment de l'eau froide ; peau humide et chaude ; pouls à 36, dicrote ; respiration régulière, à 30 ; tendance au sommeil, un peu de confusion dans les idées, mais réponses raisonnables ; constipation ; abdomen un peu tuméfié et légèrement tympanisé. Depuis la veille au soir, le malade avait pris deux grains et demi d'émétique et dix gouttes de laudanum.

Je pensai alors qu'il n'était pas nécessaire d'insister plus longtemps sur l'emploi du mélange, et je m'occupai de l'état des intestins qui bientôt s'améliora sous l'influence des lavemens. Ces lavemens déterminèrent des selles très-abondantes, qui furent suivies de l'affaissement immédiat du ventre, et d'une amélioration évidente dans les symptômes. Le malade continua à dormir tranquillement pen-

dant la journée. A six heures du soir, le pouls était à 90, mou et naturel; respiration à 30; peau chaude et couverte de sueur; les pétéchies avaient presque disparu.

Le 7 juin, sommeil très-naturel; pouls à 68, mou, de force naturelle, ayant perdu son caractère dicrote; amélioration rapide des facultés intellectuelles; émission de l'urine et défécation volontaires; abdomen souple et revenu à sa forme naturelle; langue se nettoyant et presque entièrement humide. En un mot, la convalescence commençait à s'établir.

Obs. V.e — Un jeune homme de 20 ans fut atteint d'une rougeole de forme irrégulière. L'éruption ne sortit pas bien, et malgré les soins éclairés du docteur O'Brien, son état empira de jour en jour. Le 6.e jour, le docteur O'Brien déclara que le cas était désespéré, et je fus appelé en consultation.

Le docteur O'Brien a été médecin de l'hôpital des fiévreux, de Cork-Street, pendant trente ans. Les symptômes qui l'avaient porté à établir un diagnostic aussi fâcheux, sont les suivans : un pouls excessivement fréquent et misérable; un délire violent; une insomnie complète; une prostration évidente de toutes les facultés vitales; le refroidissement de la peau, etc., etc. Comme le malade était jeune et que la maladie était récente, nous nous hasardâmes à tirer un peu de sang de la veine, mais il se produisit une syncope avant qu'on ait pu en obtenir plusieurs onces. Une application de sangsues aux tempes ne fût suivie d'aucun effet appréciable. Le lendemain matin, le mal avait fait des progrès. Je proposai alors d'employer de petites doses d'émétique fréquemment répétées. Le malade en prit deux grains dans l'espace de dix heures. Il éprouva des nausées ou vomit presque à chaque dose; puis il devint plus tranquille, et enfin s'endormit. Vingt-quatre heures après, il était hors de danger.

M. O'Brien m'exprima dans les termes les plus énergi-

ques la satisfaction et la surprise que lui causèrent les résultats heureux d'un mode de traitement qu'il n'avait encore point vu employer en pareille circonstance.

Les mêmes moyens ont obtenu des résultats semblables chez deux autres malades atteints de fièvre typhoïde auxquels j'ai donné des soins, à l'un avec M. M'Nalty, à l'autre avec M. Muloch.

En terminant cette communication, je dois faire remarquer que je ne recommande point l'émétique comme le remède spécifique de la fièvre typhoïde. Je ne l'emploie que pour combattre la complication indiquée ci-dessus. Dans le cours de cette fièvre, le médecin doit recourir à des médicamens extrêmement variés, suivant les circonstances que présente le cas soumis à son observation actuelle ; et celui-là seulement peut espérer des succès qui suivra très-attentivement les progrès de la maladie, et saura appliquer les remèdes à propos. Les saignées, les sangsues, les purgatifs, les mercuriaux, les antimoniaux, les absorbans, les acides, les stimulans, les toniques, les vésicatoires, le chlorure de soude, peuvent avoir des effets heureux à des degrés divers et dans des formes différentes de la maladie.

Note sur la différence qui existe sous le rapport des lésions anatomiques entre la fièvre typhoïde observée à Dublin, et la même maladie observée à Paris et à Genève; par H. C. LOMBARD. (Lettre adressée par l'auteur au docteur Graves). (1)

Avant de quitter l'Irlande, je veux vous faire part de tout l'étonnement qu'ont fait naître en moi les remarques que j'ai faites sur la fièvre typhoïde, telle qu'on l'observe dans votre pays. Vous connaissez la différence des opinions

(1) *The Dublin Journal*, N.° 28.

des pathologistes anglais et français sur cet important sujet : les derniers et les écrivains les plus modernes, tels que le docteur Louis, ont décrit la fièvre continue, nommée typhoïde, comme étant toujours accompagnée d'un état pathologique déterminé du canal intestinal; débutant par le gonflement des groupes de glandes folliculaires qui sont situées dans le tiers inférieur de l'iléum, et qui forment les plaques ovalaires désignées sous le nom de *glandes de Peyer*. Suivant ces médecins, cette lésion accompagne constamment la fièvre typhoïde, et se termine toujours, dans les cas funestes, par l'ulcération de la membrane muqueuse.

De leur côté, les pathologistes anglais, tout en reconnaissant que l'état de la membrane muqueuse décrit par le docteur Louis s'observe quelquefois, ne le considèrent point cependant comme un phénomène essentiel de la fièvre, et soutiennent que la fièvre continue qui offre le caractère typhoïde, n'est nécessairement liée avec aucun état morbide particulier du canal intestinal.

Depuis dix ans que j'ai étudié ce sujet avec le plus grand soin, j'ai vu un grand nombre de cas de fièvre typhoïde terminés par la mort, et je n'en ai jamais vu un seul où le canal intestinal ne présentât pas la lésion indiquée ci-dessus. Entr'autres occasions que j'ai eues d'étudier cette maladie, je citerai l'épidémie qui a régné l'année dernière à Genève, et pendant laquelle mes salles renfermèrent constamment un grand nombre de personnes qui en étaient atteintes.

Après une telle expérience, après avoir ouvert un grand nombre de sujets morts de la fièvre typhoïde, et après avoir rencontré chez tous ces sujets, à Paris et à Genève, la condition morbide du canal intestinal, que les pathologistes français considèrent comme un phénomène essentiel, lorsque j'arrivai en Angleterre, et que j'eus l'occasion d'observer dans ce pays des fièvres typhoïdes, il n'est pas

étonnant que, trouvant une grande ressemblance dans les symptômes de ces fièvres avec ceux des mêmes fièvres observées en France et à Genève, il n'est pas étonnant, dis-je, que je m'attendisse à trouver à l'examen cadavérique des lésions anatomiques semblables. Je fis part de mes idées sur ce sujet à mes confrères de Glasgow, qui me procurèrent l'occasion de disséquer le cadavre d'un malade chez lequel je ne doutais point que la maladie folliculaire existât. Mon étonnement fut extrême de ne pouvoir découvrir la plus légère trace de cette altération morbide dans aucune partie des voies digestives qui étaient parfaitement intactes, à l'exception d'un peu de rougeur et de ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, état qui pouvait être un résultat d'inflammation, mais qui reconnaissait beaucoup plus vraisemblablement pour cause une congestion vasculaire qui s'était produite pendant la dernière période de la maladie, ou même pendant l'agonie.

Telle est la force des idées préconçues, et telle est la répugnance de l'esprit à abandonner des conclusions générales déduites d'un nombre de faits en apparence suffisant, que, malgré la surprise que me fit éprouver le résultat de cette dissection, je ne pus m'empêcher de considérer ce cas comme exceptionnel. A mon arrivée à Dublin, j'eus l'occasion d'examiner le cadavre d'une femme qui venait de mourir de la fièvre typhoïde, à l'hôpital de Meath. D'après la nature des symptômes et la marche de la maladie, je m'attendais très-fermement à trouver les lésions anatomiques que j'avais si souvent observées à Genève et à Paris. Je fus encore trompé dans mon attente ; et, bien que j'examinasse avec le plus grand soin la surface de tout le canal alimentaire, ainsi que les glandes mésentériques, je ne pus y découvrir aucune trace morbide. Les médecins de l'hôpital des fiévreux de Hardwicke, me fournirent une nouvelle occasion, et le résultat fut le même. Dans toute la série de mes observations, je n'avais rien trouvé

qui m'étonnât autant que cette circonstance. Depuis plusieurs années je me livrais à l'étude de la fièvre typhoïde, et les résultats de mon expérience journalière dans l'amphithéâtre m'avaient accoutumé à associer dans mon esprit des lésions déterminées du canal alimentaire avec les symptômes de cette maladie, lorsque tout-à-coup je me trouvai assailli par les résultats d'une observation nouvelle complètement en opposition avec ceux que j'avais obtenus auparavant. Les médecins de Glasgow et ceux de Dublin confirment ces résultats par ceux de leur expérience habituelle. Les premiers m'assurèrent que les changemens morbides que je comptais trouver ne se présentent que dans un tiers des cadavres que l'on examine. A Dublin, ils se présentent beaucoup moins fréquemment pendant l'épidémie actuelle qui conserve les mêmes caractères depuis dix-huit mois; cependant ils étaient bien plus fréquens dans les épidémies précédentes, comme dans celle qui a été observée par le docteur Cheyne, et celle qui a été décrite par le docteur Graves et le docteur Stokes. Ce fait ajoute encore à l'intérêt d'une pareille recherche : je ne saurais trop insister sur cette circonstance que les symptômes présentés presque constamment à Paris et à Genève par la fièvre typhoïde sont exactement les mêmes que ceux que j'ai observés dans les hôpitaux anglais, tant à Dublin qu'à Glasgow.

Les traits extérieurs de la maladie sont les mêmes. On retrouve la douleur de tête, la douleur lombaire, la prostration des forces, la peau chaude et brûlante, la même dépression des traits du visage, la langue chargée, desséchée et comme brûlée, et dans les dernières périodes de la maladie la même tendance à la formation des ulcères aux parties sur lesquelles porte le poids du corps, ainsi qu'aux selles involontaires. Les mêmes complications du côté du poumon et de l'encéphale ont lieu dans l'un et l'autre cas, et l'on voit survenir également la bronchite,

la pneumonie, la congestion cérébrale, l'arachnitis, ou au moins l'engorgement des méninges.

Après avoir établi les signes communs, qu'il me soit permis de signaler les principales différences; d'abord, l'éruption papuleuse ou semblable à celle de la rougeole, qui est constante dans la fièvre typhoïde du continent, mais qui n'y acquiert jamais une grande étendue ni une grande importance, est en Angleterre beaucoup plus remarquable, tant sous le rapport de l'apparence que sous celui de la quantité, car j'ai vu des cas où cette éruption était aussi étendue que celle qui caractérise les maladies exanthématiques, et rappelait les pustules papuleuses qui couvrent la peau au début de l'éruption d'une petite-vérole confluente. Dans les cas graves, cette éruption est mêlée avec de véritables pétéchies, et dans les cas les plus dangereux avec des papules livides ou *vibices*, symptôme qui est extrêmement rare sur le continent.

Une autre circonstance propre à la fièvre typhoïde en Angleterre, c'est que les enfans et les sujets avancés en âge en sont atteints. J'ai vu dans les hôpitaux anglais des malades de soixante, soixante-dix, et même quatre-vingts ans qui présentaient le même aspect, les mêmes symptômes typhoïdes et la même éruption que l'on observe chez les sujets adultes, soit jeunes, soit de moyen âge. La même observation est applicable aux sujets très-jeunes, car bien que j'aie entendu dire que les enfans à la mamelle contractent rarement la fièvre dans la Grande-Bretagne, cependant il est certain que cela arrive quelquefois; ce que je n'ai jamais vu en France ni en Suisse.

Un autre symptôme qui doit être considéré comme constituant une autre différence, c'est que la diarrhée est beaucoup moins fréquente en Angleterre qu'à Genève et à Paris, soit avant, soit pendant la fièvre typhoïde. Je crois qu'en général les symptômes abdominaux sont moins intenses et ont moins d'importance dans ce pays que sur le continent.

Une autre différence que j'ai à faire ressortir, c'est la nature puissamment contagieuse de la fièvre typhoïde en Angleterre. Je suis loin d'avancer que la fièvre continue que l'on observe en France et à Genève n'est point contagieuse; loin de là, je pourrais fournir des preuves non douteuses de la transmission de cette maladie par voie de contagion; mais, dans tous les cas, la propagation d'homme à homme est beaucoup moins commune chez nous qu'en Angleterre. Comme preuve de ce qui précède, je ferai remarquer que chez nous les personnes qui soignent les malades sont rarement atteintes, tandis qu'en Angleterre les mêmes personnes n'évitent presque jamais la maladie. A Genève et à Paris, les élèves qui fréquentent les salles des fiévreux, les élèves des cliniques qui relèvent l'histoire des maladies, enfin les médecins eux-mêmes, ne sont pas plus fréquemment atteints que les autres habitans de la même ville qui n'ont aucune relation avec les hôpitaux. Dans les Iles Britanniques, le contraire a lieu, et il est rare de trouver un individu appartenant à l'une de ces classes qui n'ait pas été atteint de la fièvre typhoïde.

Telles sont les différences qui existent entre la fièvre typhoïde du Continent et celle qui est endémique à Glascow et à Dublin, sous le rapport de l'intensité de la contagion; mais je crois qu'elles se rapprochent sous un point remarquable, c'est que jamais, ou au moins à un très-petit nombre d'exceptions près, le même sujet n'est atteint deux fois de la fièvre typhoïde éruptive. Sur le Continent, une pareille récidive n'est presque jamais observée, si même on l'a observée quelquefois, et en Angleterre, une personne qui a eu une fois la fièvre typhoïde peut se considérer comme à l'abri d'une nouvelle atteinte pour l'avenir, circonstance qui, d'après la judicieuse remarque d'un médecin de Glascow, imprime à la fièvre typhoïde un des traits caractéristiques des exanthêmes.

Ayant présenté ainsi à la hâte, et d'une manière très-

imparfaite, quelques-unes des nombreuses idées qui se sont présentées à mon esprit au sujet des symptômes qui rendent la fièvre typhoïde d'Angleterre semblable à celle qui règne sur le Continent, et ceux qui l'en font différer, permettez-moi de répéter que j'attache une grande importance à une différence aussi frappante que celle qui consiste dans l'existence *constante* d'un état morbide déterminé des intestins dans un cas, et la rareté de la même altération dans l'autre; différence d'autant plus remarquable qu'elle n'est accompagnée d'aucune différence correspondante dans les symptômes généraux ou signes extérieurs. Je dis aucune différence correspondante; car je ne prétends point soutenir qu'il n'y ait aucune différence absolue dans les symptômes de l'une et l'autre fièvre typhoïde; mais ces différences sont peu importantes, et sont loin d'être ce qu'elles devraient être, si l'état du canal alimentaire avait, à la production des symptômes typhoïdes, une aussi grande part que les médecins du Continent paraissent le croire.

La question qui se présente naturellement est celle de savoir si les deux maladies sont différentes, ou si elles sont une seule et même affection. Je ne puis admettre qu'elles diffèrent spécifiquement l'une de l'autre, et conséquemment je suis presque forcé de rejeter l'opinion qui accorde une grande importance aux lésions anatomiques locales, dans la production des symptômes qui accompagnent cette espèce de fièvre. Si en effet ces lésions anatomiques avaient l'importance que leur croient plusieurs pathologistes; si l'état de la membrane muqueuse intestinale, et en particulier l'inflammation des glandes de Peyer, et leur ulcération consécutive, étaient la principale ou la seule cause de la série de symptômes que l'on observe dans la fièvre typhoïde de France, comment se ferait-il que la même série de symptômes serait observée en Angleterre, où l'inspection cadavérique met complètement hors de doute que leur cause ne réside point dans un état morbide de la membrane muqueuse ou des glandes de Peyer.

Ces considérations semblent conduire inévitablement à la conclusion que la fièvre typhoïde est bien plutôt une maladie générale affectant toute l'économie qu'une maladie dépendant d'une inflammation locale ou d'une altération quelconque de tissu. Ne pouvons-nous pas admettre aussi que diverses causes déterminent cette maladie générale à s'associer des altérations locales diverses. Parmi ces causes, les plus efficaces sont probablement le climat, les saisons, la race humaine, l'alimentation, et des circonstances variées qui agissent puissamment à la fois sur l'esprit et sur le corps, et qui, se concentrant à une époque donnée, ont causé les diverses épidémies de fièvre typhoïde qui ont si souvent ravagé les différentes régions de l'Europe. Cette manière d'envisager ce sujet doit évidemment amener des résultats pratiques fort importans; car, d'abord, elle engagera les médecins à n'appliquer qu'avec précaution, à la fièvre typhoïde d'une contrée, le mode de traitement employé contre la fièvre typhoïde d'une autre contrée, puisqu'il peut exister dans la première des symptômes locaux qui contr'indiquent ce traitement.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

NOTE SUR LES ARTÈRES DE LA CONJONCTIVE DE LA CORNÉE; *par le docteur Rœmer, de Vienne.* — Le mémoire du docteur Rœmer offre d'abord un exposé complet et impartial des diverses opinions qui ont été émises par les anatomistes au sujet de la membrane qui recouvre la surface externe de la cornée. Un procédé très-simple, qui consiste à jeter l'œil d'un animal dans de l'eau bouillante, permet de reconnaître que la cornée est couverte extérieurement par une membrane qui, bien que se continuant avec la conjonctive, diffère notablement de celle-ci quant aux propriétés physiques, et présente des différences non moins frappantes avec le tissu propre de la cornée. La membrane en question paraît être

de nature albumineuse, car dans l'expérience indiquée ci-dessus, elle se coagule immédiatement et devient opaque, tandis que les portions palpébrales et sclérotiques de la conjonctive n'éprouvent aucun changement semblable. Le docteur Rœmer considère la conjonctive comme une continuation des tégumens communs qui se transforment en membrane muqueuse à la partie interne des paupières, puis en membrane muqueuse à la partie antérieure de la sclérotique et sur la cornée. Le docteur Rœmer regarde les follicules de Méibomius et caronculaires, comme les glandes sébacées de la conjonctive. On sait que la portion de conjonctive qui recouvre la surface des cartilages tarses, est villeuse ou garnie de papilles, tandis que le reste de la membrane est beaucoup plus poli. Ce sont ces villosités qui sont développées et indurées dans la conjonctive granuleuse. Elles sont considérées par Eble (*Ueber den Bau und die Krankheiten der Bindehaut des Auges.* Vienne, 1828), non comme des organes sécrétans, mais simplement comme des papilles nerveuses, à l'instar de celles de la peau ou de la langue. Mais l'opinion générale, c'est que ce sont des glandes muqueuses, et le docteur Rœmer paraît la partager.

A l'état normal, dit le docteur Rœmer, la conjonctive qui tapisse la surface interne des paupières est modérément rouge, tandis que la portion de la même membrane qui recouvre le globe oculaire est de couleur de perle, et présente seulement quelquefois vers les angles de l'œil, quelques stries rouges isolées, qui sont des vaisseaux sanguins. Après une injection qui a réussi passablement bien, la conjonctive palpébrale présente une couleur rouge foncée et un aspect velouté particulier : elle ressemble d'une manière frappante à la portion de membrane schnéidérienne qui tapisse la cloison des fosses nasales. D'un autre côté, la conjonctive oculaire a perdu sa teinte perlée, qui est remplacée par une coloration rose tirant sur le rouge, qui s'étend en général jusqu'au pourtour de la cornée. Lorsque l'injection réussit complètement, les vaisseaux se prolongent jusqu'au pourtour de la cornée, où ils pénètrent évidemment et se perdent dans sa substance.

Les vaisseaux qui se distribuent à cette partie de la conjonctive qui recouvre la partie antérieure de la sclérotique et de la cornée, naissent, aussi bien que ceux qui appartiennent à la conjonctive palpébrale, des artères lacrymale, palpébrales supérieure et inférieure, et oculo-musculaire. Les petites branches de ces artères forment, dans cette partie de la conjonctive qui tapisse la portion antérieure de la sclérotique, un réseau superficiel et un réseau

profond. Le réseau superficiel provient de branches nombreuses naissant des artères palpébrales supérieure et inférieure, et de l'artère lacrymale. Se divisant en rameaux plus petits, à mesure qu'elles s'avancent, elles se dirigent, en serpentant, vers le bord de la cornée, où elles forment des anastomoses en arcade, et se mettent en communication avec le réseau profond. Ce dernier est formé lui-même par des vaisseaux beaucoup plus petits, naissant en partie des artères oculo-musculaires, et en partie des ciliaires, avant leur pénétration à travers la sclérotique. Les ramifications de ces deux réseaux forment, au pourtour de la cornée, une couronne vasculaire, située précisément sur le sinus veineux de l'iris. De toutes les parties de cette couronne partent de nombreuses ramifications très-fines qui se dirigent vers le centre de la cornée, et se divisent chacune, en marchant, en deux ou trois vaisseaux plus petits qui s'enfoncent manifestement dans la substance de la cornée. (*Zeitschrift für die Ophthalmologie*, B. v, H. 1, 1835).

FONCTIONS DE LA MEMBRANE PITUITAIRE; *par le docteur B. Fi Wing.*—Les expériences suivantes, que chacun peut répéter facilement, démontrent que plusieurs sensations qui sont rapportées à la langue appartiennent en réalité à la membrane pituitaire.

Expérience 1.re — Un étudiant en médecine se prêta à l'expérimentation; on lui banda les yeux, et on lui boucha complètement le nez; on plaça alors sur sa langue une petite quantité de teinture de quinquina dont la saveur lui était bien connue, et était particulièrement désagréable pour lui; il trouva aussitôt la substance amère, et affirma que c'était du laudanum.

Exp. 2.e — Dans cette expérience on employa une dissolution de sucre, chez le même étudiant; il reconnut une saveur douce, mais il se trompa aussi grossièrement que dans la première expérience.

Exp. 3.e — Cette expérience fut faite sur une personne qui en ignorait complètement l'objet; après l'avoir préparée comme l'étudiant cité plus haut, on lui plaça sur la langue de la poudre de Colombo: elle perçut l'amertume de cette substance, mais elle ne put donner aucune idée de sa saveur particulière.

Plusieurs autres expériences analogues produisirent des résultats semblables. Il résulte de là que le sens du goût est plus limité qu'on ne le suppose généralement, et que la langue perçoit le doux et l'amer, mais que les sensations produites par le *fumet* (*flavour*) propre à chaque substance, ont leur siège dans la membrane pituitaire.

Les faits suivans feront connaître les relations sympathiques en

vertu desquelles cette membrane tient sous sa dépendance les organes éloignés.

Exp. 4.e — Cette première expérience eut pour objet de connaître quel effet la fumée de tabac produisait chez celui qui voulait bien s'y soumettre. Trente minutes après qu'il eût commencé à fumer un cigarre ordinaire, il sentit de légères nausées ; au bout de quarante minutes, il survint des vomissemens ; au bout de cinquante minutes, les vomissemens et les autres symptômes habituellement produits en pareil cas, se montrèrent avec une telle intensité, que le cigarre dut être rejeté. La personne qui avait servi à l'expérience ne fut complètement rétablie qu'après plusieurs heures.

Exp. 5.e — Cette expérience fut faite sur le même individu. On lui ferma le nez assez exactement pour qu'il ne pût pas livrer passage au plus petit courant d'air. L'individu s'étant mis à fumer, il lui fut impossible de reconnaître au goût de quelle substance le cigarre était composé. Après qu'il eût fumé pendant une heure, tout ce qu'il perçut fut une légère sensation de chaleur dans le gosier. Au bout d'une heure et quart il survint un vomissement très-facile, sans nausées ni lassitude, qui enleva la sensation de chaleur mentionnée ci-dessus. L'expérience fut continuée pendant une heure et cinquante-cinq minutes, sans qu'aucun autre effet fut produit. Lorsqu'on lui déboucha le nez, il eut à l'instant même la conscience de la substance dont il avait fait usage.

Exp. 6.e — Une forte décoction de tabac fut tenue chaudement sur un réchaud. Un individu qui avait eu soin de se boucher le nez assez exactement, put en recevoir la vapeur par la bouche, pendant une heure et demie, sans aucun inconvénient. La même personne ayant reçu la même vapeur de la même manière, mais en laissant le nez débouché, fut prise au bout de vingt minutes de nausées qui furent bientôt suivies de vomissemens.

Des substances appliquées immédiatement sur la membrane pituitaire, déterminent quelquefois les symptômes d'une affection grave.

L'usage du tabac produisit chez une personne une paralysie incomplète des organes de la parole. Ces symptômes excitèrent beaucoup d'inquiétude jusqu'au moment où l'on en eût découvert la cause. Mais l'habitude était tellement enracinée, que cette personne aima mieux conserver la difficulté de la parole que de se priver de son stimulus accoutumé.

Chez une autre personne il existait un tremblement général et

des palpitations violentes qui revenaient par accès. Après une investigation tres-laborieuse, on reconnut que la cause de ces symptômes consistait dans un usage immodéré du tabac. Le malade ayant abandonné immédiatement son habitude, les symptômes en question se dissipèrent très-promptement.

Le docteur Wing termine en citant quelques faits qui tendraient à faire considérer la membrane pituitaire comme une des voies qui donnent entrée aux maladies dans l'économie animale. (*The American Journ.*, N.° 32)

Pathologie.

DES ÉPANCHEMENS SÉREUX DU CERVEAU; *par le docteur John Sims.* — Voici un résumé très-court de ce travail, qui, sans offrir rien d'absolument neuf, peut être consulté sur la matière. 1.° On trouve des épanchemens abondans de sérosité dans les cavités séreuses du cerveau, à tout âge, mais surtout entre la 50.e et la 70.e année, chez des sujets qui sont morts de diverses affections du thorax ou de l'abdomen, et chez lesquels on n'a observé, pendant la vie, aucun symptôme appréciable de maladie du cerveau. Dans des conditions semblables, on trouve diverses autres lésions morbides de l'encéphale, telles que l'épaississement des membranes, une altération des vaisseaux sanguins, des tumeurs, etc., lésions qui n'ont point causé la mort.

2.° Un épanchement séreux ayant son siège dans les ventricules et dans la cavité des membranes, se rencontre chez des sujets qui, avant leur mort, ont eu des attaques d'apoplexie accompagnées de paralysie, et qui présentent en outre une atrophie générale ou partielle du cerveau. Très-probablement cet épanchement et cette atrophie avaient existé pendant plusieurs années, sans produire l'ensemble des symptômes que l'on désigne sous le nom d'apoplexie séreuse. Des personnes qui portent ces lésions vivent jusqu'à un âge avancé, et sont enlevées par d'autres maladies.

3.° Chez les sujets dont le cerveau a contenu pendant longtemps une grande quantité de liquide, avec ou sans traces d'extravasation apoplectique antérieure, et qui ont eu une attaque mortelle, attaque qui était ou n'était pas la première, il est probable que, par suite de cet état du cerveau, celui-ci est devenu susceptible de supporter plus facilement une extravasation sanguine. Cette proposition est appuyée d'une manière remarquable par deux des observations que l'auteur a rapportées.

4.° Une congestion des vaisseaux sanguins suffit pour produire

tous les symptômes de l'apoplexie sanguine, et pour produire la mort sans hémorrhagie. Il est probable que, lorsque cet état des vaisseaux coïncide avec la présence d'une petite quantité de sérosité dans la cavité des méninges ou des ventricules, la mort a été occasionnée par la congestion sanguine seulement. En général, les convulsions des enfans reconnaissent pour cause une congestion cérébrale, et doivent être considérées comme des cas de simple apoplexie sanguine.

5.° Il est extrêmement probable, que dans un très-grand nombre de cas où la mort a eu lieu soudainement ou rapidement, et a été attribuée à la sérosité que l'on trouvait accumulée dans les méninges ou dans les ventricules, cette sérosité n'avait été pour rien dans l'issue fatale, mais que celle-ci était le résultat de la simple apoplexie sanguine (congestion active). (*Lond. méd. chir. Trans.*, T. XIX).

Anévrysme de l'aorte ascendante; projection du sac anévrysmal dans l'intérieur des ventricules; *par le docteur Smith.* — Patrick Priest, âgé de trente ans, entra à l'hôpital offrant les symptômes généraux d'une affection du cœur qui durait depuis long-temps. On ne put obtenir aucun renseignement satisfaisant sur le début et la marche des symptômes, parce que le malade ne fut observé que la veille de sa mort, et ne put être soumis à une longue exploration; ses lèvres étaient livides; sa respiration ne pouvait s'exécuter; son visage, qui exprimait la plus grande souffrance, quoique pâle, présentait parfois une coloration pourpre de peu de durée. Le peu de sommeil dont il jouissait de temps en temps, il ne pouvait le goûter que lorsqu'il était assis sur son lit; le pouls était imperceptible au poignet; les battemens du cœur étaient obscurs; le son était mat à toute la région sternale du thorax et à quelque distance au-delà de chaque côté. Les membres inférieurs étaient froids et infiltrés.

Autopsie cadavérique. — Le péricarde était tellement distendu que lorsqu'on enleva le sternum il dérobait complètement les poumons à la vue; il adhérait intimement à la surface du cœur dans la plus grande partie de son étendue. L'origine de l'aorte parut dilatée. A la base du cœur deux tumeurs, ayant chacune le volume d'un œuf de poule, soulevaient le péricarde, et correspondaient, l'une à la base du ventricule gauche, l'autre à la partie supérieure et interne du ventricule droit. Ces deux tumeurs, qui formaient ensemble un sac anévrysmal, étaient incomplètement séparées par un sillon correspondant à l'artère pulmonaire qui, par son passage

en travers de la partie centrale du sac, semblait avoir déterminé le développement en largeur et la division incomplète de ce dernier. On découvrit largement la portion droite du sac anévrysmal en incisant le ventricule correspondant; elle formait une tumeur conique d'un volume considérable, située tout près de l'origine de l'artère pulmonaire, et faisant saillie dans l'intérieur du ventricule. La portion gauche du même sac empiétait considérablement sur la partie supérieure et antérieure du ventricule gauche, et avait réduit presque de moitié la distance qui sépare sa base de son sommet; elle était séparée de la cavité ventriculaire par une mince cloison, qui, dans une grande partie de sa surface, n'était soutenue par aucune couche fibrineuse. Le sac communiquait avec l'aorte par une ouverture arrondie de la grandeur d'un shilling, située à peu près à un pouce au dessus des valvules. Cette ouverture conduisait en bas et en avant, de la cavité de l'artère dans celle de l'anévrysme; aux environs de cette ouverture, la surface de l'aorte était raboteuse et avait une apparence morbide.

Ce cas intéressant réfute suffisamment l'opinion de Bertin, Scarpa et autres auteurs, qui admettent que cette maladie ne peut se développer dans aucune partie de l'aorte ascendante, parce qu'il n'y a point de tissu cellulaire pour former le sac anévrysmal. On trouve d'ailleurs un fait analogue dans l'ouvrage du docteur Guthrie, sur les maladie des artères. Le docteur Hanna en a publié un semblable dans le tome 7 du *Dublin medical Journal* (*Dublin Journal*, n.° 27).

DE LA TYMPANITE DANS LES FIÈVRES GRAVES ET DES DIFFÉRENTES MANIÈRES DE LA TRAITER; *par le professeur R. J. Graves*. — La membrane muqueuse du canal alimentaire secrète de l'air en grande quantité dans l'état de santé ; on n'a point assez étudié les usages immédiats de ce produit de sécrétion, et je n'ai point assez d'espace pour m'arrêter sur ce sujet : toutefois, je puis faire observer que la présence de l'air dans les intestins est un phénoméne d'une haute importance, et favorise, soit physiquement, soit chimiquement la digestion, qui consiste essentiellement dans le ramollissement graduel, et enfin dans la dissolution des alimens solides, puis dans l'absorption des parties dissoutes. *Physiquement*, l'air facilite la progression du bol alimentaire, en maintenant l'intestin dans un état convenable de distension, et en ce qu'il est incessamment prêt à occuper la place des matières solides ou liquides, à mesure qu'elles sont déplacées ou absorbées. *Chimiquement*, il est bien connu que certains gaz, comme le gaz acide

carbonique que l'on trouve toujours en abondance dans l'intestin, possèdent la propriété remarquable de rendre divers solides plus solubles dans l'eau, surtout lorsque ces gaz sont soumis à une pression dans des vaisseaux clos avec le liquide dissolvant, circonstances qui se trouvent réunies dans les intestins. Un autre gaz qui agit chimiquement avec beaucoup d'énergie, est également sécrété par la membrane intestinale; c'est le gaz hydrogène sulfuré. Dans la partie supérieure du canal, l'air atmosphérique est très-abondant; les deux autres gaz deviennent prédominans dans sa partie inférieure. Cette distribution n'est point due au hasard; sans doute elle a pour objet l'accomplissement de fonctions importantes. En effet, il paraît que les portions du canal alimentaire qui secrètent des liquides acides (l'acide hydrochlorique et l'acide acétique) en abondance, ne sécrètent point de gaz acide, tandis que les autres portions sécrètent ces derniers en grande abondance; de telle sorte que les uns peuvent être considérés comme supplémentaires des autres. Je ne sache pas que les physiologistes aient encore considéré ce sujet sous le point de vue sous lequel je le considère en ce moment; cependant on y trouverait des éclaircissemens sur divers points de pratique médicale : ainsi j'ai remarqué souvent, et c'est une chose sur laquelle je désire appeler l'attention, que, chez les personnes atteintes de dyspepsie, chez lesquelles le trouble fonctionnel paraît être limité à l'estomac, la digestion supplémentaire de l'intestin grêle semble avoir pris une grande activité. Ces malades souffrent beaucoup immédiatement après l'ingestion des alimens; ils éprouvent une sensation de pesanteur vers l'estomac, qui est distendu; en un mot, ils ressentent une gêne extrême jusqu'à ce que les alimens aient passé dans le duodénum, et alors la digestion s'opère avec vigueur et activité. Dès-lors la sensation de pesanteur et de distension disparaît rapidement, et les vents cessent d'incommoder le malade. J'ai remarqué que ces personnes ne perdent ni leur embonpoint ni leurs forces. L'examen des matières alvines a démontré que toutes les particules nutritives ont été absorbées. Aussi ces malades, quoique souffrant depuis long-temps, sont-ils toujours capables de se livrer à leurs occupations habituelles. Cela démontre que si la digestion ne s'accomplit pas bien dans l'estomac, il existe une autre région où elle s'opère d'une manière convenable. Dans ce cas, si l'estomac est faible et incapable de remplir ses fonctions, le reste du tube digestif est plein de force et sécrète les liquides nécessaires pour que la digestion s'accomplisse avec une grande énergie. D'un autre

côté, nous rencontrons des personnes qui n'éprouvent ni acidité, ni douleur, ni flatulence, ni distension, ni pesanteur dans l'estomac, et qui cependant sont tourmentées par des sensations pénibles qui ont leur siège dans l'abdomen, et se renouvellent fréquemment. Les selles sont supprimées ou irrégulières, ou bien il y a de la diarrhée, il y a des *tormina*, de la tympanite, des évacuations fétides et de mauvaise qualité; l'urine est peu abondante et fortement colorée. Ces malades éprouvent du malaise, non pas immédiatement après le repas, mais trois ou quatre heures après. Ils perdent leur embonpoint et leurs forces; leur visage devient pâle; leurs traits sont tirés et amaigris; ici la dyspepsie est intestinale; l'estomac fonctionne avec énergie, mais quand la masse alimentaire passe dans l'intestin grêle, elle produit une souffrance considérable, parce que la digestion supplémentaire est troublée, et que l'accomplissement en est extrêmement pénible. Dans quelques cas, et ce sont évidemment les plus graves, ces deux formes de dyspepsie se trouvent combinées, mais elles peuvent très-bien exister isolément. Nous avons donc des raisons de conclure que lorsqu'une affection organique ou un trouble fonctionnel détruit l'énergie de l'estomac, au point que ce viscère n'est que peu utile à la digestion, la digestion intestinale prend un surcroît d'énergie; ce n'est qu'ainsi que l'on peut se rendre compte de l'absence d'émaciation dans certains cas, tel que celui de Napoléon Buonaparte, où l'estomac était désorganisé à un tel point, qu'il ne pouvait prendre aucune part au travail de la digestion.

La quantité d'air qui est sécrétée par la membrane muqueuse des intestins dans l'état de santé, peut augmenter rapidement dans l'état de maladie, et donner lieu à la tympanite intestinale. Cela arrive dans tous les cas où ce tissu est enflammé, ou est le siège d'une congestion, ce qui a lieu souvent en particulier dans les fièvres graves. Quand la tympanite survient au commencement de la fièvre, elle dépend constamment d'un état inflammatoire, et elle est ordinairement précédée par de la sensibilité ou d'autres symptômes indiquant manifestement une inflammation abdominale. Le traitement de cette complication des fièvres, consiste dans les saignées locales abondantes; dans l'emploi de la poudre de Dower à petites doses, unies à des doses élevées de poudre de mercure *cum creta*. Tout purgatif énergique doit être évité, mais les lavemens émolliens peuvent être souvent utiles.

Quand la tympanite se manifeste vers le milieu ou la fin du cours d'une fièvre prolongée, elle peut dépendre d'un état inflam-

matoire; mais le plus souvent, elle est le résultat d'une congestion veineuse occupant une grande étendue de la membrane muqueuse de l'intestin grêle. Cette membrane, gorgée de sang, livide, secrète entr'autres substances morbides, une grande quantité de gaz. Cette tympanite est souvent précédée par une affection intestinale, non accompagnée de sensibilité ou de douleur abdominale dans le commencement, qui peut durer pendant un ou plusieurs jours, avant que les intestins commencent à se dilater. Quand la dilatation se fait rapidement, le ventre devient douloureux et sensible à la pression, à cause de la distension soudaine à laquelle il est soumis, et un observateur superficiel serait tenté d'attribuer alors la tympanite à une inflammation active. Comme ce phénomène survient à une période de grande débilité, lorsque les forces vitales sont déjà presqu'épuisées, et que l'application d'un petit nombre de sangsues peut être suivie d'une prostration alarmante, il est évident qu'il exige un traitement différent de celui qui convient à l'autre espèce de tympanite indiquée plus haut. En général, on fera bien d'administrer d'abord dix ou quinze grains de magnésie avec la même quantité de rhubarbe, dans une eau carminative, comme l'eau de menthe verte ou l'eau de fenouil. Ensuite, l'abdomen doit être fomenté et frictionné avec un liniment stimulant térébenthiné. Il arrive souvent qu'après l'effet produit par la rhubarbe, la diarrhée et la tympanite commencent à diminuer sensiblement, et alors quelques soins suffiront pour dissiper entièrement ces symptômes. Quelquefois cependant cette amélioration n'a point lieu; le ventre continue à se gonfler, et l'affection intestinale n'est point arrêtée dans ses progrès. C'est une circonstance fâcheuse qui rend le traitement excessivement difficile. Il est important de faire remarquer que lorsque dans le cours d'une fièvre, la tympanite a été précédée d'une affection intestinale (*bowel complaint*), et lorsque malgré la continuation de cette affection la tympanite va faisant des progrès, l'huile essentielle de térébenthine sera bien rarement de quelque utilité, soit qu'on l'administre par la bouche, soit qu'on la donne en lavement. Il faut donc chercher un médicament différent de ceux que l'on emploie habituellement, et ce médicament, c'est l'acétate de plomb.

Les pathologistes reconnaissent que la congestion veineuse et l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse du canal intestinal, peuvent souvent exister simultanément; et en effet, bien que ces deux états soient différens et n'exigent pas le même traitement, cependant ils se rapprochent assez l'un de l'autre pour que l'on

doive diriger contr'eux des moyens tirés de la classe des antiphlogistiques. Toutefois le traitement antiphlogistique de l'une différera de celui de l'autre, de la même manière que la dysenterie chronique doit être combattue par des moyens différens de ceux qui conviennent à une affection intestinale aiguë. L'huile essentielle de térébenthine convient admirablement pour le traitement de la tympanite par congestion des fièvres graves, quand elle n'a été précédee ou qu'elle n'est accompagnée par aucune lésion de l'intestin, ou lorsque cette lésion est très-légère. Mais l'esprit de térébenthine est-il un moyen antiphlogistique? Je répondrai à cela qu'il guérit certains cas d'iritis, de sciatique et d'épilepsie.

Quand la lésion intestinale forme un trait saillant de l'état du malade, l'acétate de plomb est notre ancre de salut. J'ai été porté à employer ce médicament à hautes doses dans la dernière période des fièvres, sur la recommandation du docteur Bardsley. Dans l'intention de prévenir cet état des intestins qui conduit si insidieusement à l'ulcération des glandes de Peyer, j'ai employé l'acétate de plomb très-abondamment dans le choléra asiatique, maladie dans laquelle les évacuations séreuses sont presque constamment précédées, et, quand le malade se rétablit, constamment suivies par une sécrétion abondante de gaz dans le tube intestinal. C'est ainsi que j'ai pu apprécier les propriétés anti-tympaniques de l'acétate de plomb; c'est par analogie que je l'ai appliqué au traitement de la tympanite compliquée de diarrhée, dans le cours ou vers la fin des fièvres, et j'en ai obtenu de nombreux succès. Dans cette note, mon principal objet a été d'indiquer les circonstances dans lesquelles l'acétate de plomb doit être employé. Aussi ai-je négligé plusieurs autres moyens connus des praticiens. Je recommanderai toutefois, comme devant être mis au nombre des plus efficaces, l'application des sangsues à l'anus; dans les cas inflammatoires, et dans tous les cas, l'établissement d'un large vésicatoire sur l'abdomen, au moyen duquel on dépose sur le derme dénudé une préparation mercurielle. (*Dublin Journal*, N.° 24).

INFLAMMATION DES TROMPES DE FALLOPE ET DES OVAIRES, TERMINÉE PAR SUPPURATION; *par le docteur Harrisson.* — Je fus appelé en consultation avec le docteur Talbot, pour voir M.me T. qui était malade depuis deux ou trois semaines. Je la vis le 18 mai 1834. Elle avait la fièvre; la peau était chaude; le pouls était petit et fréquent, la langue était légèrement chargée; les intestins avaient été facilement évacués par un purgatif; il y avait des nausées continuelles, et l'estomac ne pouvait rien garder. Il y avait

une tumeur dans la fosse iliaque gauche, immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette tumeur était très-peu douloureuse à la pression, mais il existait de vives douleurs dans le sacrum et le long de la cuisse gauche. L'introduction de la canule d'une seringue dans le rectum causait de grandes souffrances, et on éprouvait beaucoup de difficultés à donner un lavement, soit parce que la cavité de l'intestin était diminuée par suite d'une altération de ses parois, soit parce que ces parois étaient rapprochées par la pression d'un corps formé accidentellement dans son voisinage. Le toucher par le vagin fit reconnaître le museau de tanche gonflé et très-irritable. La pression du doigt sur cet organe occasionnait beaucoup de douleur. La malade était d'une constitution délicate, mais elle avait toujours joui d'une bonne santé, qui ne l'avait quittée que depuis deux mois. Elle était mariée depuis six mois; elle avait été bien réglée pendant tout ce temps, mais, au moment des deux dernières époques, elle avait éprouvé des douleurs considérables, et, peu de temps après la dernière, la tumeur avait commencé à paraître. Le docteur Talbot l'avait traitée par des émissions sanguines abondantes, et avait fait appliquer un vésicatoire sur la tumeur. Comme le temps d'un traitement actif était passé, et que la malade était extrêmement affaiblie, tant par les saignées que par suite de l'excessive irritabilité de l'estomac, nous résolûmes de faire d'abord tous nos efforts pour calmer cet organe et pour rendre le ton aux voies digestives; d'employer en même temps les contre-irritans et les révulsifs appliqués à la surface du bassin, et enfin d'entretenir la liberté du ventre. Sous l'influence de ce traitement, l'estomac put garder l'eau de chaux avec du lait, puis du lait à la glace; les bains tièdes et les lavemens d'assa-fœtida parurent contribuer puissamment à calmer l'économie en général.

Au bout de huit ou dix jours, je cessai mes soins, et je ne revis la malade que le 29 juin. Elle offrait alors les symptômes caractéristiques de la phthisie, tels que fièvre hectique, sueurs nocturnes, etc., etc. L'estomac était encore irritable, mais la tumeur avait disparu. Deux époques menstruelles avaient passé sans nouvelles souffrances. Le sang qui s'était écoulé chaque fois paraissait normal, si ce n'est qu'il était peu coloré et peu abondant. La malade mourut peu de jours après ma visite.

Autopsie cadavérique. — L'estomac parut parfaitement sain; les glandes mésentériques étaient engorgées. Les poumons renfermaient quelques tubercules miliaires et agrégés, mais non à l'état

de suppuration. Les lésions importantes furent trouvées dans l'appareil utérin. Les deux trompes de Fallope étaient élargies, surtout la gauche, qui était considérablement distendue et formait une saillie en haut. Le corps frangé de cette dernière était adhérent à l'ovaire gauche. Les ovaires étaient augmentés de volume; une grande quantité de lymphe coagulable s'était déposée de manière à former une masse qui était située entre les ovaires, les unissait l'un à l'autre, et adhérait fortement au rectum, sur lequel elle exerçait une compression. La trompe gauche renfermait environ une once de pus de bonne nature; la droite en contenait environ trois drachmes. Il fut impossible de faire passer un stylet fin de l'utérus dans les trompes; le museau de tanche était tuméfié et rouge; il y avait une légère couche de pus à la surface interne de l'utérus. Le rectum et la vessie participaient un peu à la maladie, car leurs parois étaient hypertrophiées. (*The American Journ. of med. Sciences*, N.° 30).

Thérapeutique.

ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES DU LARYNX; TRACHÉOTOMIE; GUÉRISON; *par Thomas-Henry Purdon.*—OBS. I.re—Mary M'Alister se présenta au Dispensaire le 3 avril 1831, se plaignant de dyspnée, d'une toux rauque et croupale. La pression sur le cartilage thyroïde causait de la douleur; la respiration était surtout difficile dans l'inspiration; la malade ne parlait qu'à voix basse; elle était considérablement amaigrie. Cet état durait depuis six semaines; les symptômes avaient empiré progressivement. Plusieurs mois auparavant elle avait eu la syphilis, pour laquelle elle avait fait usage du mercure jusqu'à salivation; elle n'avait eu aucun autre symptôme secondaire. (*Prescription* : un vésicatoire au-devant de la gorge; mercure *cum creta*, cinq grains; calomel, un grain; opium, un tiers de grain, à prendre toutes les six heures).

Le 4, la respiration était beaucoup plus difficile; l'imminence de la suffocation rendait l'opération indispensable; celle-ci fut exécutée facilement. Il s'écoula à peine une once de sang, aucun vaisseau n'ayant été ouvert. La trachée fut divisée longitudinalement; une érigne, implantée dans son tissu, la fixa, et permit d'en enlever une petite portion de chaque côté de l'incision. Alors on plaça un tube dans l'ouverture, et l'on prescrivit de continuer le mercure toutes les trois heures.

Le 6, la bouche étant affectée, on remplaça le mercure par la salsepareille.

La malade se rétablit après l'opération, sans que sa guérison fût entravée par aucun symptôme fâcheux; seulement elle fut tourmentée pendant trois semaines par l'expectoration de mucosités épaissies semblables à celles qui sont évacuées par le nez. A cette époque, elle éprouva de fréquentes envies de tousser, déterminées probablement par la cicatrisation et la contraction de l'ulcération de la glotte, où la malade éprouvait une sensation de serrement. Elle était, au moment de l'opération, enceinte de sept mois; elle eut, à terme, un accouchement heureux. Peu de temps après sa naissance, l'enfant présenta quelques marques de syphilis, telles qu'une éruption squammeuse et un petit nombre de fissures à la plante des pieds. Ces symptômes disparurent sous l'influence d'un certaine quantité de mercure *cum creta*. Plus tard cette femme se maria, et eut un second enfant en 1833. Deux années plus tard elle se portait parfaitement bien, respirant toujours entièrement par le moyen du tube placé dans la plaie de la trachée; sa voix est complètement éteinte; elle peut à peine articuler un mot.

OBS. II.e — Margaret Coyle est entrée à l'hôpital de Belfort, vers la fin de septembre 1835, offrant des symptômes de laryngite, tels que voix basse, toux, douleur causée par la déglutition et par la pression sur le cartilage thyroïde; respiration rauque. Elle avait déjà, disait-elle, souffert de cette maladie, et avait été guérie par une salivation. On lui prescrivit un vésicatoire au-devant du cou, et des pilules mercurielles matin et soir. Ces dernières produisirent la salivation au bout d'une huitaine de jours, sans aucune amélioration apparente dans les symptômes. En examinant l'intérieur de la gorge, on ne remarquait rien d'anormal.

Le 1.er octobre, à midi, l'état de la malade était comme à l'ordinaire, mais à une époque avancée de la soirée, la respiration devint subitement croupale. Le 2, visage anxieux; respiration extrêmement difficile; lèvres pourpres; pouls fréquent et faible. Ne pensant pas que la médecine pût triompher de ces accidens, on proposa, comme dernière ressource, l'opération à laquelle la malade se soumit. Dans ce cas, l'opération ne fut pas faite aussi facilement que dans le premier, parce que cette femme avait le cou très-court, et que la trachée présentait une telle mobilité que je fus obligé de la fixer avec une érigne, avant d'essayer de l'ouvrir. Alors un fragment ovalaire fut facilement enlevé d'un seul coup de bistouri. Un petit vaisseau musculaire seulement fut ouvert, mais il cessa de couler dès qu'il fut pincé. Avant que la tra-

chée fut atteinte, et tandis que je séparais les muscles, à raison des mouvemens de la trachée, il entra de l'air dans la plaie à chaque inspiration; cet air repoussé dans le moment de l'expiration, pénétra en partie dans le tissu cellulaire, et donna lieu à un peu d'emphysème. Cet accident fut causé par les difficultés résultant du petit espace qui séparait, chez cette femme, le cartilage thyroïde du sternum. Au moment où la trachée fut ouverte, les lèvres devinrent vermeilles, et la malade n'éprouva point cette angoisse qui a lieu ordinairement lorsque l'air entre soudainement après l'ouverture de la trachée. A partir de ce moment jusqu'au 20 octobre, la malade se rétablit sans symptômes fâcheux, mais portant un tube comme la malade dont l'histoire précède, et ayant également perdu la voix. L'expectoration muqueuse est moins pénible dans ce cas. Ici, comme pour l'autre malade, il n'y eut aucune tendance à l'inflammation de la trachée.

Dans les deux cas, le tube introduit immédiatement après l'opération, était plus large que celui qui fut placé à demeure; il était ovalaire, son plus grand diamètre ayant un peu plus d'un tiers de pouce, et le petit environ un quart. Sa longueur était d'environ un pouce et demi. Le tube placé à demeure est droit; sa longueur est telle qu'il puisse pénétrer d'environ un quart de pouce dans la trachée; par conséquent sa longueur doit varier suivant l'épaisseur des parties qui recouvrent cet organe. Il est circulaire et double. Le tube intérieur, qui a besoin d'être nettoyé de temps en temps, a un quart de pouce de diamètre. C'est la plus petite dimension qui puisse permettre une respiration libre et facile. Le tube extérieur n'a aucune saillie à l'extrémité qui entre dans la trachée, ainsi que cela a lieu ordinairement. En effet, cette saillie ne sert qu'à en rendre l'introduction plus difficile, et c'est à peine si l'on peut dire qu'elle en prévient l'expulsion. Dans le fait, trois malades chez qui j'en ai fait usage, ont préféré le tube sans saillie. Les tubes recourbés, d'après mes observations, sont plus facilement expulsés et plus difficiles à nettoyer. Le tube plus large employé au début, a l'avantage de ne pas être facilement oblitéré par les mucosités qui sont alors très-abondantes. On peut le nettoyer sans tourmenter le malade. Les tubes sont retenus dans la plaie au moyen d'un ruban qui passe dans deux trous pratiqués sur une plaque d'argent située à leur extrémité extérieure, et qui sont noués derrière le cou. (*The Dublin Journal*, N.° 24).

TRAITEMENT DE LA RAGE PAR LA MORSURE DE LA VIPÈRE. — Le docteur Palazzini préconise la *morsure de la vipère*, comme

moyen préservatif et curatif de la rage. Convaincu de l'insuffisance et de l'inutilité de tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour contre cette redoutable maladie, il s'est efforcé d'en trouver un nouveau qui pût offrir quelques chances de succès. Dès l'année 1819, il lui vint à l'esprit que le venin de la vipère possédait les propriétés qu'il recherchait. Il est curieux de suivre l'auteur italien dans les idées théoriques qui l'ont conduit à proposer un remède si bizarre.

Les deux poisons sont une production animale et résultent d'un travail organique dont la nature ou l'essence est enveloppée pour nous dans un profond mystère. Tous deux, transportés dans le corps de l'homme, y font naître des symptômes qui menacent son existence. Mais les phénomènes morbides produits par l'un sont directement opposés à ceux que l'autre développe. Le venin de la vipère agit plus particulièrement sur le sang et sur le système vasculaire, le venin hydrophobique sur le système nerveux. Le premier cause la torpeur, les lipothymies, le relâchement, le sommeil, la léthargie et enfin la mort. Le second détermine de l'irritation, un développement anormal des forces extérieures, la contraction, les crampes, l'insomnie, un délire furieux et une mort effrayante au milieu des convulsions. Ainsi les symptômes de l'un forment un contraste frappant avec ceux de l'autre; et, tandis que la morsure de la vipère est guérie d'une manière sûre par des moyens échauffans et excitans, comme le carbonate d'ammoniaque, la rage qui, à la vérité, est incurable, devient moins rapide et plus douce quand elle est traitée avec les moyens antiphlogistiques et par la méthode débilitante. Le venin de la vipère est donc le plus puissant des *contre-stimulans;* celui de l'hydrophobie, au contraire, est un stimulant d'une extrême énergie. Tous les deux étant diamétralement opposés dans leurs effets, *le premier est le vrai contre-poison du second.*

L'auteur a rapporté quelques expériences à l'appui de son opinion. Par exemple, un chien enragé, qui était pris d'effroyables convulsions pour peu qu'on lui montrât de l'eau, et qui avait été convenablement enchaîné, fut mordu au cou par une vipère. A partir de la plaie, le cou se tuméfia; le venin de la vipère produisit des convulsions particulières, et la rage fut guérie.

Déjà Benjamin Gauchi avait fait, antérieurement à ces essais, la remarque que les chiens qui ont été mordus par des serpens venimeux, demeurent ensuite à l'abri de la rage, alors même qu'ils sont mordus par des animaux enragés. (*La morsicatura delle vi-*

peri, siccome rimedio degli animale rabidi; da P. Palamini. *Bergama*, 1834).

Académie royale de Médecine.

Séance du 23 *août.*—La correspondance comprend plusieurs pièces relatives à la *vaccine*. La plus importante est une lettre de la Société médicale d'Amiens, du 21 août 1836, relative à une découverte du cow-pox. Toutes ces pièces sont renvoyées à la commission de vaccine, ainsi qu'une lettre de M. Piorry, contenant *quelques considérations* sur l'épidémie de *variole* qui a régné dans nos contrées en 1834 et 1836. On remarque encore une lettre ministérielle du 19 août, qui a trait à une épidémie de *fièvre typhoïde* qui a régné à Lesouville, en 1835 et 1836, lettre à laquelle est joint un rapport de M. le D.r Cuyot (Renvoi à la commission des épidémies). — Après un rapport de M. Londe, sur la demande formée par M. Maisonabe et tendant à obtenir des bourses d'admission dans sa maison d'orthopédie, pour un certain nombre d'enfans de 9 à 18 ans, rapport renvoyé à la commission, M. Castel en lit un, en son nom et celui de MM. Bricheteau et Villeneuve, sur un mémoire de M. Thomson, intitulé : *Note sur le choléra épidémique*, et vote des remerciemens à l'auteur, et le dépôt du mémoire aux archives. Malgré l'objection de M. Double, que le travail de M. Thomson ayant été publié, le rapport doit être nul, les conclusions de M. Castel sont adoptées. Un dernier rapport est lu par M. Lodibert en son nom et celui de MM. Soubeiran et Henry, sur un mémoire de M. le docteur Pallas, intitulé : *Nouvelles recherches sur le sucre et le parenchyme de la tige de maïs* (Remerciemens à l'auteur, invitation à donner suite à son travail). M. Esquirol relève quelques assertions du rapport. Il soutient que le maïs exige une terrain fertile. M. Guéneau de Mussy ajoute que la culture de cette plante, loin d'être facile, exige beaucoup de soins et d'attention. M. Moreau partage entièrement ces idées, et pense que le principe sucré est très-développé dans la jeune plante à l'époque de la floraison. M. Lodibert appuie les assertions du rapport, d'observations qu'il a faites dans le département de la Drôme; quant au principe sucré, le sucre non cristallisable se trouve en effet dans la jeune plante, mais le sucre cristallisable est en bien plus grande quantité dans

la plante mûrie. M. Double rappelle à ce propos l'ouvrage de M. Bonafous, de Turin, dans lequel on voit qu'il y a plus d'une espèce de maïs; que l'une prospère dans une terre grasse, tandis que l'autre demande une terre maigre. M. Dupuy fait enfin observer que la culture du maïs a parmi ses avantages; celui de nettoyer la terre et de détruire les jachères. Le rapport de M. Lodibert et ses conclusions sont adoptés, ainsi que la proposition de M. Moreau, qui demande le renvoï du mémoire de M. Pallas au comité de publication.

Séance du 30 *août.* — MÉMOIRE SUR LE CLIMAT D'ALGER; *par M. Bonnafont, démonstrateur à l'hôpital de cette ville* (*Rapporteurs MM. Desgenettes, Keraudren et Gérardin*). — La ville, percée de rues étroites et sinueuses, est cependant très-salubre. Cette disposition topographique est même, pour M. Bonnafont, la condition principale de sa salubrité. L'étroitesse des rues permet en effet de marcher toujours au milieu d'elles à l'ombre d'un soleil ardent, et ouvre incessamment un courant rapide aux vents frais qui viennent de la mer, ce qui fait que, dans les jours les plus chauds, l'on est parfois frappé d'une véritable sensation de froid, inconvénient qui doit être signalé, mais qui n'empêche pas que dans la plupart des rues d'Alger, pendant l'été, l'air qu'on respire ne soit bienfaisant et agréable. M. Bonnafont conclut de ses observations que l'autorité ne devrait permettre que l'élargissement *des rues commerciales.* Quelques quartiers de la ville basse doivent être exceptés: ce sont ceux occupés par les Juifs. La lumière et l'air n'y pénètrent pas. Les habitans étiolés sont maigres, chétifs, et vivent au milieu d'immondices. Cependant, depuis la domination française, on n'y a pas vu éclater d'épidémie. Dans les premiers temps de notre occupation, des fièvres intermittentes, dont beaucoup avaient le caractère pernicieux, ont donné lieu à une mortalité assez grande; mais la cause en était dans les marais qui depuis ont été desséchés en grande partie. Grâce à cette mesure, et à d'autres encore, que l'administration, éclairée par la médecine, a prises avec empressement, telles que l'établissement d'un vaste hôpital dans la partie la plus saine de la ville, et l'évacuation des lieux reconnus malfaisans pendant l'été, la mortalité n'est pas désormais plus grande parmi nos troupes d'Alger que dans les meilleures garnisons de France. La sage direction donnée à l'hygiène publique a réagi sur la population tout entière. Dès 1833, le nombre des naissances l'emportait sur celui des décès. Dans des tableaux annexés à son

travail, M. Bonnafont expose le mouvement de la population Européenne à Alger. De 1830 à 1835, cette population, forte de 6,373 individus, comprenait 3291 hommes, 1527 femmes, 1755 enfans. En 1831, 32, 33 et 34, il est né 320 garçons et 307 filles. Voici le rapport des décès : En 1831, 1 décès sur 23 habitans ; en 1832, 1 sur 17; en 1833, 1 sur 27, 09; en 1834, 1 sur 27, 82; en 1835 (six premiers mois) 1 sur 73, 72. M. Rochoux relève la proposition de M. Bonnafont relative à l'avantage des rues étroites pour la circulation de l'air. C'est une hygiène nouvelle. De tout temps et en tout lieu, les inconvéniens des villes ainsi bâties ont été constatés. MM. Gérardin et Esquirol se rangent de l'avis de M. Bonnafont, pour ce qui est d'Alger et des autres villes des pays très-chauds. Sur la proposition de M. Villeneuve, le mémoire de M. Bonnafont est renvoyé au comité de publication.

—M. Londe relit son rapport sur la demande de M. Maisonnabe. M. Maisonnabe, renonçant au redressement des difformités de la taille, qu'il affirme *n'être pas possible*, consacre désormais ses soins exclusifs au traitement des infirmités qu'entraînent la myopie, la surdité, le bégaiement. Il s'occupe également des pieds-bots, et de toutes les lésions du rachitisme qui ne sont pas des déviations de l'épine. M. Maisonnabe a conçu l'idée d'une maison d'éducation destinée spécialement aux enfans atteints des infirmités qui viennent d'être indiquées, et avait adressé au ministre une demande tendant à obtenir la création d'un nombre plus ou moins considérable de bourses en faveur d'enfans qui seraient ainsi admis dans son établissement. L'Académie consultée ne trouve pas de motif pour accorder à M. Maisonnabe le privilége qu'il demande.

FAUTEUIL-LIT DE M. H. POTET, *étudiant en médecine* (*Rapport de MM. Cullerier et Thillaye*). C'est le *fauteuil-lit* qui sert à l'hôpital du Midi, pour l'application du spéculum, qui a inspiré à M. H. Potet l'idée qui a dominé son invention. C'est un fauteuil d'apparence ordinaire, dont le dossier articulé avec les bras peut se relever et former un plan horizontal. La commission vote l'approbation de l'Académie. Sur les observations de M. Villeneuve, de simples remerciemens seront adressés à M. H. Potet.

MM. Renoult, Gérardin et Gimelle font un rapport sur plusieurs communications de M. le docteur Thomas de Revigny, relativement : 1.° *à l'étiologie du choléra*; 2.° *à un appareil à extension*. M. Thomas propose, pour le traitement des fractures de la cuisse, un appareil qui se compose d'une guêtre destinée à recouvrir la jambe,

et les côtés de laquelle partent deux courroies, dont l'une est terminée par une boucle, et dont l'autre, qui dépasse le pied de 5 à 6 pouces, est percée de trous de distance en distance ; d'une ceinture maintenue par un sous-cuisse ; enfin de quatre attelles. L'une d'elles est postérieure et forme la pièce principale ; elle est de la largeur de 5 à 6 pouces, et doit dépasser le membre et être creusée en gouttière. C'est à cette attelle qu'est confiée l'extension ; 3.° *Procédé nouveau pour passer un séton*. Dans un cas de fracture comminutive de la partie supérieure de l'humérus, pour laquelle l'amputation avait été proposée, et qui fournissait des esquilles depuis quatre mois, M. Thomas eut l'idée de passer un séton à travers deux plaies fistuleuses, par le procédé suivant qui lui réussit très-bien. Une mèche de coton, attachée à une sonde de gomme élastique privée de son mandrin fut introduite, malgré les sinuosités du trajet. La sonde fut retirée, et la mèche laissée. En onze mois la guérison a été complète.

Extrait des feuilles du Cynara scolymus (*famille des cynaro-céphales*). — M. le docteur Montain, de Lyon, croit avoir trouvé dans cet extrait le succédané du quinquina. Il est brun, brillant, et d'une saveur très-amère. Les feuilles de cette plante communiquent cette saveur au lait des animaux qui les mangent. A la dose de 5 à 10 grains, l'extrait est tonique. Il n'agit comme anti-périodique qu'en tant qu'il est administré à la dose de 1 à 2 gros.

Suture du périnée. — M. Montain soumet encore à l'Académie un instrument de son invention pour la réunion des fistules recto-vaginales. C'est une espèce d'agraffe formée de deux parties dont chacune ressemble assez bien à un pelvimètre de Coutouly. Une tige est dite rectale, l'autre vaginale, destinées à saisir les bords de la déchirure.

Lésions des articulations. — M. Roux de Brignolles lit un travail sur les lésions physiques des articulations. A propos des fractures de l'olécrâne, dont il s'est d'abord occupé, M. Roux pense que, relativement à la position à donner au membre supérieur pour obtenir la réunion des fragmens, l'extension de l'avant-bras sur le bras, ou la demi-flexion, ne doivent point être érigées en préceptes exclusifs, ainsi que l'ont voulu contradictoirement les auteurs divisés sur cette question. D'après quatre faits qui lui sont propres, M. Roux adopte la demi-flexion pour les cas où le chirurgien appelé trop tard aurait à combattre, en même temps que la fracture, l'inflammation et le gonflement des parties. Il adopte

au contraire l'extension, lorsque la fracture est simple et récente. M. Roux a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de disjonction des épiphyses. Dans les grandes articulations, cette disjonction, non réduite, peut déterminer une inflammation violente d'où résultent des abcès vastes et profonds qui entraînent parfois la nécessité de l'amputation. Dans les articulations moyennes le désordre est moindre, mais la consolidation dans une position vicieuse amène la difformité et la gêne des mouvemens. Dans les petites articulations, le déplacement peut être nul, les mouvemens restent bornés. Il faut se hâter de rétablir le rapport des parties disjointes ; car le travail de consolidation est très-actif et très-prompt, et il n'est pas facile de redresser ses fragmens comme après les fractures.

On nomme deux commissions préparatoires, l'une *pour la nomination d'un membre résident*, l'autre *pour la nomination de plusieurs membres correspondans.*

Séance du 6 *septembre.* — DE LA COINCIDENCE DE L'APOPLEXIE CÉRÉBRALE AVEC L'HYPERTROPHIE DU COEUR. — M. Bouilland lit un rapport sur un mémoire de M. Vassal, qui, d'après une observation, pose les conclusions suivantes : 1.° l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur résulte de la contraction réitérée et anormale de ses parois. 2.° L'hypertrophie a dans son évolution, deux périodes distinctes 3.° Elle peut entraîner l'hémorrhagie cérébrale chez les sujets faibles. 4.° Elle la provoque souvent chez les orateurs et les auteurs. 5.° L'hypertrophie du cœur n'a au contraire aucune influence sur les sujets jeunes et vigoureux. 6.° La saignée ne peut diminuer ni la force ni la fréquence des mouvemens du cœur, elle est plus nuisible qu'utile. 7.° Chaque période de l'hypertrophie a son traitement. 8.° Il n'y a pas toujours rapport de cause à effet dans la coincidence de l'hypertrophie du cœur et de l'hémorrhagie cérébrale.—M. Bouillaud ne partage point toutes les opinions de M. Vassal. Le malade qui a fourni l'observation n'avait peut-être pas même une hypertrophie du cœur. En tous cas, il existait très-probablement en même temps une *endocardite*, lésion bien plus grave que l'hypertrophie. M. Bouillaud admet en outre que l'hypertrophie a une bien plus grande influence sur la production de l'hémorrhagie cérébrale, que ne l'a dit M. Vassal. Il est impossible d'imaginer une disposition plus favorable à cette hémorrhagie, que l'excès d'impulsion du cœur, d'une part, et l'état crétacé des artères, d'autre part. — M. Rochoux ne partage pas l'opinion de M. Bouillaud. Toutefois il fait observer qu'il prend le mot apoplexie dans un autre sens que M. Bouillaud, que

ce mot pour lui désigne une hémorrhagie par *rupture cérébrale*, dont il distingue soigneusement l'hémorrhagie par rupture des artères. Le rapport de M. Bouillaud est adopté.

LITHOTRITIE. — M. le D.r Bénignié, ancien élève de l'école Polytechnique, indique le résultat des recherches qu'il a faites pour trouver le moyen d'écarter désormais le danger de fausser ou de briser les instrumens dans la vessie. Il annonce d'abord que la percussion doit être préférée à la pression. Les petits marteaux conviennent mieux que les gros; ils brisent plus aisément les pierres, protègent les instrumens, et divisent les calculs en un plus grand nombre de fragmens, dont les éclats sont projetés aussi avec bien moins de violence. Les marteaux du poids d'une once seulement, suffisent dans la généralité des cas. Cependant si la pierre était très-dure, on pourrait recourir à des marteaux du poids de deux onces, mais pas plus. La baleine est la substance qui doit être choisie pour le manche du marteau, à cause de son élasticité; ses vibrations transmises au percuteur favorisent puissamment la division des pierres. Le choc du marteau devant être bien précis, M. Bénignié a cherché un moteur plus sûr que la main. C'est un long ressort de pendule monté sur un arbre auquel s'adapte une clé, et qui est contenu dans un barillet. Un plateau circulaire placé parallèlement au barillet, est mis en mouvement à l'aide d'une manivelle. Ce plateau porte sur sa face correspondante au barillet, deux petites palettes qui s'avancent perpendiculairement, destinées à heurter la saillie du barillet, et à soulever le marteau qui peut ainsi frapper deux coups à chaque tour de manivelle, de là résulte une rapidité de coups telle qu'ils peuvent être portés à 400 par minute. Une petite saillie carrée en acier trempé, et annexée d'une manière mobile au plan latéral du barillet, permet d'élever ou d'abaisser le marteau, suivant qu'on veut qu'il frappe plus ou moins fort. Pour que le coup de marteau fût parfait, il fallait qu'il fût relevé immédiatement après le choc sur le percuteur. C'est ce qui est obtenu par le ressort. Ce n'est point une simple tige qui fixe le percuteur à l'appareil, c'est au sommet d'un triangle qu'il s'adapte, et le coup est toujours soutenu par un arcboutant. Le percuteur est aussi simple que possible; il ressemble au cathéter ordinaire, sauf sa courbure. Une fois la pierre saisie et soutenue au centre de la cavité de la vessie, l'appareil s'unit au percuteur à l'aide d'une vis; une autre vis fixe le tout. Un dynamomètre s'adapte très-aisément à la place du percuteur, et mesure avec la plus parfaite exactitude la force des

coups de marteau. Les détails de ce mécanisme sont très-compliqués, et leur exposition ne peut suppléer à l'examen direct. Du reste, une fois monté, l'appareil fonctionne avec la plus grande facilité. M. Bénignié conclut, en se résumant, 1.° que l'application du dynamomètre aux instrumens de la lithotritie, qui agissent soit par percussion, soit par pression, fait disparaître le danger de les fausser ou de les briser dans la vessie. 2.° Que la percussion doit être exercée avec des marteaux d'un poids léger. 3.° Qu'à l'aide du procédé qu'il propose, on peut briser avec des instrumens de moins de deux lignes de diamètre, des pierres extrêmement dures, le marbre blanc des Pyrénées, par exemple. 4.° Que la division des pierres sera rapide, puisque le marteau peut frapper 400 coups par minute. 5.° Que la légèreté du marteau empêche que les éclats du calcul ne heurtent violemment la vessie. 6.° Que l'avantage de pouvoir ainsi, sans danger de brisure, employer des instrumens très-petits, et cependant d'une action énergique, donnent à sa méthode un avantage incontestable.

Après cette lecture, M. Thomson en commence une autre sur l'anatomie du bas-ventre et les hernies. L'heure avancée fait remettre la suite à la séance prochaine.

Séance du 13 septembre. — Dans la correspondance officielle, on remarque une lettre de M le ministre de l'instruction publique, concernant une découverte de M. Galey, pharmacien de l'Ecole de Paris, qui croit avoir trouvé le moyen de guérir la morve des chevaux. Déjà M. le ministre de la guerre a nommé une commission composée d'un lieutenant-général, d'un colonel, d'un sous-intendant, d'un médecin-vétérinaire et d'un membre de l'Institut. Cette commission en désirant une autre qui puisse constater et vérifier les expériences à faire, c'est d'après ce vœu transmis par le ministre de la guerre à son collègue, que M. le ministre de l'instruction publique demande à l'Académie de désigner un de ses membres pour faire partie de la seconde commission. L'Académie désigne M. Dupuy.

ANATOMIE DU BAS-VENTRE ET HERNIES. — M. Thomson continue la lecture de son travail. Depuis six ans, il s'occupe de recherches anatomiques relatives aux hernies. Ces recherches lui ont démontré des détails d'anatomie qui avaient échappé jusqu'à ce moment, et qui ont beaucoup d'importance, soit sous le rapport du développement des hernies, soit sous celui de leur traitement. La lecture du travail de M. Thomson, vu sa longueur, sera distribuée en plusieurs séances. Un rapport devant être fait, nous l'attendrons pour en rendre compte.

Scie a molettes du D.r Martin. *Rapport de MM. Thillaye, Oudet et Duval.* — C'est à l'occasion d'un malade placé dans le service de M. Blandin, que M. Martin a inventé la scie qu'il a présentée à l'Académie. Ce malade portait d'énormes exostoses à la face, et une entr'autres dans l'angle qui sépare l'apophyse montante du maxillaire supérieur de la fosse canine. Les scies de M. Heine et de M. Thomson ne pouvaient convenir, puisqu'elles n'agissent que dans une direction droite. M. Martin, auquel M. Blandin soumit la difficulté de scier dans un espace concave, conçut l'idée d'une molette convexe représentant un segment de sphère creuse, et la fit monter sur un touret en l'air, qui donne à l'instrument l'aspect d'un champignon. Pour rendre cet instrument aussi parfait que possible, M. Martin a brisé la tige centrale du touret, et articulé les deux extrémités de la brisure à la manière de la suspension de la lampe de Cardan ou des horloges marines. De cette façon, l'action du chirurgien et celle de l'aide restent complètement indépendantes. M. Martin obtient, avec son instrument, des sections de forme concave qu'il limite comme il le veut. M. Velpeau en a tiré le plus grand avantage dans plusieurs cas, notamment dans une carie de la malléole externe, carie si profonde qu'elle eût probablement exigé l'amputation. M. Velpeau fait remarquer que l'usage de cet instrument pourra rendre inutile la résection des extrémités des os, opération dangereuse, qui du moins laisse toujours une difformité. M. Blandin joint son témoignage à celui de M. Velpeau.

Eau de Grasville. — M. le ministre du commerce avait consulté l'Académie sur la qualité des eaux de Grasville destinées à alimenter le Hâvre. Voici les conclusions du rapport de la commission des eaux minérales, qui avait été chargée de l'examen des échantillons fournis.

1.° Quoique moins pure que l'eau de Seine, l'eau de Grasville est très-potable et de bonne qualité. Elle a de l'analogie avec l'eau d'Arcueil.

2.° Il eut été avantageux de faire coopérer cette source avec les anciennes eaux du Hâvre, et surtout celles de Rouelle, qui viennent avec elle apporter leur tribut à la ville.

3.° La direction des eaux de la source de Grasville sur le Hâvre, est un bienfait qui mérite l'accueil des habitans et l'encouragement du gouvernement.

Déviation de l'épine. — M. Bouvier présente à l'Académie la colonne vertébrale d'un enfant de vingt-six mois. Cette colonne

offre une déviation à gauche, fait remarquable, car la déviation est ordinaire à droite. De plus, la courbure lombaire de balancement est dirigée d'arrière en avant. Un poids de deux livres attaché à la région cervicale, pour représenter à-peu-près le poids de la tête et des viscères, suffit pour augmenter sensiblement la courbure. Dès que le poids est enlevé, la colonne se relève brusquement. M. Bouvier en conclut que la position verticale est la plus défavorable au redressement des déviations de l'épine. La position horizontale rend nul l'effet du poids des viscères et de la tête, et se trouve naturellement indiquée. Ainsi l'appareil *à inclinaison* ne pourrait convenir que dans les cas les plus simples et les plus rares.

Séance du 20 septembre. — Après la lecture de la correspondance, M. le président propose la nomination d'une commission chargée de prononcer sur la convenance de placer le buste de Laennec dans la salle des séances de l'Académie. (Commissaires, MM. Récamier, Chomel, Louis, Andral, Husson).

NOMINATION D'UN MEMBRE-RÉSIDENT, *par suite de la mort de MM. Jacquemin, Evrat et Bourdois de la Mothe.* — M. Husson, au nom de la commission nommée pour désigner la section dans laquelle cette nomination devait avoir lieu, propose la section de pathologie interne. Adopté.

NOMINATION DE MEMBRES-CORRESPONDANS. — Le réglement relatif aux élections ne permet d'accorder aucun titre dans l'Académie, à moins qu'il ne soit positivement demandé. Cela étant, M. le président invite ceux des membres de l'Académie qui connaissent des médecins qui ambitionnent le titre de correspondans, à les prévenir de l'urgence de cette formalité. La commission se réunira définitivement le 15 du mois prochain.

— M. Thomson continue sa lecture sur l'*anatomie de l'abdomen*.

MÉTRORRHÉE SÉREUSE. — M. Moreau fait un rapport sur un travail de M. Chassinat, relatif à la perte des fausses eaux. Voici les conclusions de ce travail : La perte des fausses eaux survient à des époques variables de la grossesse ; le plus souvent le liquide est sécrété entre la surface de l'utérus et les enveloppes du fœtus après leur décollement ; l'état de pléthore locale et des violences extérieures en sont les causes les plus fréquentes. La matière de l'écoulement est un liquide ordinairement limpide, de couleur citrine ; il n'y a pas toujours contraction douloureuse de l'utérus. La grossesse n'est, en général, point entravée par la métrorrhée séreuse qui ne présente de danger ni pour la mère ni pour l'en-

fant. Le travail de la parturition n'est ni plus long ni plus laborieux. Le traitement doit être rarement actif. Cependant si la pléthore est très-marquée, les évacuations sanguines sont indiquées.

LUXATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — M. E. Bernard fait part à l'Académie d'un procédé pour la réduction de cette luxation. Un homme de 55 ans s'étant luxé la mâchoire en bâillant, les procédés ordinaires de réduction furent mis à l'instant en pratique par un médecin, mais sans succès. Le lendemain, de nouvelles tentatives faites à l'hôpital furent aussi inefficaces, malgré des saignées faites dans le but d'affaiblir la réaction musculaire. M. Bernard, après avoir échoué à son tour, fit asseoir le malade à terre; un aide saisit sa tête entre les jambes; alors M. Bernard appuyant son genou sur la mâchoire, pressa fortement avec les pouces de ses deux mains introduits entre les arcades dentaires, et dirigea la pression de manière à abaisser les condyles, sans que la partie antérieure de la mâchoire retenue par son genou pût suivre le mouvement. La mobilité de la mâchoire ayant annoncé à M. Bernard que les condyles étaient arrivés au-dessous de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, il dirigea horizontalement les condyles en arrière, en même temps que son genou repoussait le menton en haut. La luxation fut réduite.

Académie royale des Sciences.

Séance du 29 août. — ANATOMIE DE L'ENCÉPHALE. — M. Gerdy lit un mémoire dans lequel il cherche à prouver que les diverses parties du cerveau sont disposées de telle sorte qu'on peut le considérer comme réduit à deux pédoncules divergens, qui présentent sur leur circonférence trois reliefs annulaires, en allant du centre à la circonférence, la *couche optique*, le *tænia*, le *corps strié*, lâchement entourés de cinq autres anneaux, la *voûte*, le *plexus choroïde*, le *corps calleux*, le *raphé*, la *circonvolution annulaire*, qui en même temps unissent l'un à l'autre les pédoncules, ainsi que les lobes qui les recouvrent et les enveloppent. Il annonce que dans un autre mémoire il montrera que le cervelet et le mésocéphale sont formés d'après le même principe général, et que les faisceaux longitudinaux et centraux du mésocéphale sont encore entourés par des parties annulaires autour desquelles elles semblent s'être primitivement développées.

Séance du 5 septembre. — STRUCTURE DES DENTS. — M. Flou-

rens lit l'extrait d'une lettre que lui a adressée de Stockolm M. Retzius, et qui a rapport à des recherches microscopiques de cet anatomiste sur la structure des dents. M. Purkinje, de Breslau, s'est occupé en même temps que M. Retzius de ces recherches. Les résultats obtenus par le premier ont été publiés dans les thèses inaugurales de deux de ses élèves, MM. Franckel et Raschöw; ceux de l'auteur de la lettre, dans les mémoires de l'Académie de Stokholm. Les deux anatomistes, qui étudiaient à l'insu l'un de l'autre, ont trouvé tous les deux que la substance osseuse se compose principalement de fibres ondulées et de tuyaux cylindriques qui commencent à la cavité de la pulpe et s'étendent en rayons vers la surface. M. Retzius les a vus se ramifier presque régulièrement en s'amincissant, mais sans s'anastomoser. Sous le microscope, ils ressemblent à des vaisseaux remplis d'une substance blanche. Les dents de tous les vertébrés offrent cette même structure qui avait été déjà entrevue par Leeuwenhoeck. MM. Ritzius et Purckinje ont l'un et l'autre retrouvé la substace corticale de Tenon entourant la racine des dents humaines, substance qui, suivant eux, présente dans sa structure une grande analogie avec celle des os, mais s'en distingue en ce qu'elle manque de vaisseaux sanguins, de tubes cylindriques et de canaux rayonnés.

Séance du 12. — TRAITEMENT DU PIED-BOT PAR LA SECTION DU TENDON D'ACHILLE. — M. Bouvier lit sur ce sujet un mémoire dans lequel il propose une modification aux procédés employés pour cette opération. Pratiquée pour la première fois en 1784, sous les yeux de Thilénius, médecin des environs de Francfort, la section du tendon d'Achille a été faite depuis par Sartorius, Michaélis, Delpech, et dans ces derniers temps par M. Stromeyer. Le tendon n'a pas été coupé de la même manière dans les douze cas publiés par ces différens auteurs Le procédé de Delpech et de M. Stromeyer, quoique plus parfait que celui de leurs devanciers, laissait, suivant M. Bouvier, quelque chose à désirer, et ce chirurgien s'est attaché à le simplifier. Le nouveau procédé consiste à introduire sous la peau qui recouvre le tendon, une sorte d'aiguille tranchante sur un de ses côtés, au moyen de laquelle on le divise en totalité, soit du dedans au dehors, soit du dehors en dedans. La piqûre extérieure, à peine apparente, qui succède à cette opération, est, dit M. Bouvier, fermée du jour au lendemain. Le pied est dans peu de jours ramené à sa position naturelle : la réunion du tendon s'opère en quelques semaines, sans qu'il se soit manifesté la moindre inflammation.

VACCINE. — M. Bernard, dans un mémoire qu'il lit à l'Académie, expose différens faits dont il conclut que la vaccine, pour offrir un préservatif assuré contre la petite vérole, doit non-seulement être pratiquée sur les deux bras, mais disséminée sur différens points du corps, de manière à obtenir huit à dix pustules.

Séance du 19 septembre. — Le président annonce la mort de M. de Jussieu. Antoine-Laurent de Jussieu était né à Lyon, le 12 avril 1748; il est mort à Paris, le 15 septembre 1836. Il faisait partie de l'Académie des sciences, depuis 1773.

ANIMALCULES EXISTANT DANS CERTAINES MATIÈRES PURULENTES. — M. Donné adresse la lettre suivante à l'Académie:

« Je désire consigner les faits suivans, en attendant la lecture d'un travail qui comprendra toutes mes recherches sur la matière des sécrétions et des divers écoulemens que produisent les organes génitaux chez l'homme et chez la femme, soit dans l'état normal, soit dans l'état morbide.

» Le pus sécrété autour du gland affecté de chancres ou de simple balanite est le seul qui m'ait présenté au microscope des animalcules vivans; ces animalcules ne semblent peu différer du *vibrio lineola* de Müller, qui se produit si facilement dans beaucoup d'infusions. Le pus sécrété en tout autre point du corps, quelqu'altéré qu'il fût, ne m'a jamais rien présenté de semblable. Du pus pris sur un chancre du gland, et qui contenait des vibrions, ayant été inoculé, produisit une pustule; cette pustule fut ouverte, et le liquide qui s'en échappa fut recueilli avant d'avoir subi l'influence de l'air; examiné au microscope, il présenta une innombrable quantité des mêmes vibrions. Le pus du bubon syphilitique, celui de chancres secondaires, situés ailleurs que sur le gland, ne contiennent pas d'animalcules; celui de la blennorrhagie n'en présente pas non plus. Il n'en existe pas chez la femme dans le mucus vaginal à l'état normal; mais dans la vaginite la matière des écoulemens présente non seulement des vibrions, mais un animalcule particulier, d'une grosseur notable, et d'une forme que l'on ne rencontre chez aucune autre espèce d'infusoires connue jusqu'à présent. Cet animalcule est d'une grosseur plus que double d'un globule de pus, et j'en ai vu qui pouvaient avoir jusqu'à 1/40 de millimètre de diamètre; son corps est rond, mais susceptible de s'alonger, et même de prendre diverses formes; il est muni à la partie antérieure d'un long appendice flagelliforme, d'une espèce de trompe excessivement ténue qu'il agite en tous sens avec une grande rapidité; il porte en outre, sur l'un des côtés, au-dessous de

cette trompe plusieurs cils également très-fins et doués d'une espèce de mouvement de rotation; la partie postérieure se termine par quelques appendices d'une forme indéterminée. Ces animalcules paraissent marcher à la manière des sangsues, et se fixer comme elles par le moyen d'une ventouse; mais ils se déplacent rarement, et le plus ordinairement ils sont réunis par groupes, et se tiennent ensemble par la partie postérieure.

» Pour bien voir ces animalcules, qui existent chez certaines femmes en très-grande quantité, il faut observer les espaces qui restent libres entre les globules muqueux et purulens; c'est là qu'ils se meuvent en liberté, et qu'on les aperçoit facilement. Ils peuvent vivre entre deux lames de verre pendant environ 24 heures. Un grossissement de cent fois suffit pour bien observer ces animalcules; mais il faut une grande netteté pour distinguer parfaitement leurs appendices.

» L'existence de ces animalcules est-elle liée à la nature de la maladie, à la spécificité de l'écoulement? C'est ce que l'on ne peut encore dire. Je répèterai seulement qu'on ne les trouve pas dans le mucus vaginal à l'état sain. Sans appartenir à l'affection syphilitique comme l'*acarus scabiei* appartient à la gale, l'élément vénérien est-il nécessaire à la production de cet infusoire? Il faut de nouvelles observations pour résoudre cette question vraiment curieuse.

» J'ai soumis cet animalcule à l'examen de M. Dujardin. Suivant ce savant observateur, aucun infusoire semblable n'a encore été décrit; il se rapproche des monas par sa trompe, et des tricodes par ses cils; mais il diffère des uns et des autres par la réunion de ces deux organes; il pourrait donc porter le nom de *trico-monas vaginale*. Je l'ai fait observer à MM. Cullerier, Ricord, Robert, Michon, Gibert, Magendie, Audouin, Milne-Edwards, etc., ainsi qu'à plusieurs autres médecins, qui ont eu la complaisance de me fournir de nombreuses occasions de recherches.

» Le liquide dans lequel vit cet animalcule est extrêmement acide. Ce fait est encore remarquable en ce que le mucus vaginal est alcalin dans l'état ordinaire. Il ne devient acide que dans la vaginite et pendant la grossesse. Ce fait vient encore à l'appui de mes recherches sur l'acidité de certaines humeurs dans l'état inflammatoire. Le mucus utérin conserve toujours son alcalinité, ainsi que la sécrétion de l'urètre dans l'urétrite.

Je reviendrai plus tard sur l'influence que peut exercer l'acidité du mucus vaginal sur certaines affections de la matrice.

VARIÉTÉS.

Ordonnance concernant le mode de nomination à la place de chef des travaux anatomiques près les Facultés de Médecine.

Le *Moniteur* du 25 rapporte : M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser au roi le rapport suivant :

Sire, l'ordonnance du 2 février 1823, spéciale à la Faculté de Médecine de Paris, avait compris la fonction de chef des travaux anatomiques dans le nombre de celles auxquelles le ministre, grand-maître de l'Université, nommerait directement; et cette disposition subsiste encore, quoique plusieurs autres parties de l'ordonnance aient été ultérieurement rapportées.

Dans la Faculté de Strasbourg, au contraire, la même fonction a continué d'être donnée au concours, conformément à la législation antérieure.

Evidemment il est nécessaire d'établir à cet égard une règle uniforme pour des Facultés de même nature, en se déterminant surtout par l'objet de la place en elle-même, et par le caractère d'utilité active et pratique qu'il convient de lui conserver ou de lui rendre.

Sous ce double rapport, Sire, il m'a paru que l'emploi de chef des travaux anatomiques devait être réduit à une durée limitée, et serait très-convenablement donnée au concours, qui n'a nulle part un avantage plus incontesté que lorsqu'il s'applique entre des candidats jeunes et pleins d'ardeur, dont il commence la carrière.

Ce rapport est suivi de l'ordonnance ci-après :

Art. 1.er A l'avenir, dans les Facultés de Médecine de Paris, Strasbourg et Montpellier, la fonction de chef des travaux anatomiques sera donnée au concours, en cas de vacance, ou à l'expiration d'une période de six ans depuis la nomination du titulaire.

Art. 2. Seront admis à concourir, les docteurs en médecine régulièrement inscrits.

Art. 3. Il sera statué sur les formes dudit concours par un réglement délibéré en Conseil royal de l'instruction publique.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE,

OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE;

Par MM. ADELON, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ. — *Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée.* Tome XIII.e, (FEB-GAN). 1836. Paris, chez Béchet jeune.

Les articles de longue haleine contenus dans ce volume, sont les suivans : *Fémorale* (artère), par M. Velpeau; l'auteur passe en revue successivement l'inflammation, les dégénérations diverses, l'oblitération spontanée, les blessures de l'artère fémorale, et termine par l'exposé des opérations qui se pratiquent sur ce vaisseau. *Fémorale* (hernie), par M. Laugier; cet article comprend quelques détails d'anatomie chirurgicale, quelques notions générales sur la hernie fémorale, le diagnostic différentiel de cette hernie et son traitement; M. Laugier y a ajouté un appendice sur la hernie du ligament de Gimbernat. *Fer* (chimie et pharmacologie), par M. Soubeiran. *Fer* (thérapeutique), par M. Guersent. *Fesse* (anatomie, plaies, tumeurs, abcès, et anévrysmes), par M. A. Bérard; cet article renferme la ligature de l'artère fessière. *Fibreux* (tissu), par M. Ollivier. *Fièvre*, par M. Littré, suivi d'une bibliographie, par M. Dezeimeris. *Filaire*, par M. Guérard. *Fistule*, par M. Marjolin. *Foie* (anatomie), par M. Ollivier. *Foie* (physiologie), par M. Adelon. *Foie* (pathologie), par MM. Ferrus et P. Bérard. *Folie*, par Georget; la bibliographie de cet article, laquelle n'occupe pas moins de dix neuf pages, est de M. Dezeimeris. *Forceps*, par Desormeaux, avec une esquisse historique et une bibliographie par M. Dezeimeris. *Forces* (séméiotique et thérapeutique), par M. Chomel. *Fougères*, par M. A. Richard. *Fractures*, par MM J. Cloquet et A. Bérard, avec un résumé historique et une

bibliographie de M. Dezeimeris. *Froid*, par M. Guérard. *Gale*, par M. Biett; M. Dezeimeris y a joint un historique fort curieux à lire, et une bibliographie étendue. *Ganglion* (pathologie), par M. J. Cloquet. *Gangrène*, par M. Marjolin, etc., etc. Si l'on ajoute par la pensée à ces nombreux articles qui m'ont paru les plus remarquables, tous ceux dont je n'ai pas transcrit le titre, dans la crainte de faire une liste trop longue, on se fera une idée de la variété et de l'importance des matières qui constituent ce treizième volume. Je choisirai, dans ce riche répertoire, un petit nombre d'articles dont je vais rendre compte d'une manière plus particulière.

La pathologie générale est parfaitement représentée dans ce volume par l'article FIÈVRE. Dans ce travail, M. Littré s'est efforcé de donner, ainsi qu'il le dit lui-même, *une généralisation de ce qu'on peut apprendre* (sur les fièvres) *dans les hôpitaux et dans les livres.* Il fallait, pour traiter un pareil sujet, beaucoup d'érudition, un jugement sévère dans le choix et dans l'appréciation des matériaux, et une grande habitude de l'observation au lit du malade. M. Littré a fait preuve de toutes ces qualités. Il commence par donner un aperçu des doctrines des principaux écrivains qui se sont occupés de ce sujet, à partir des temps hippocratiques. Ces doctrines, il les analyse brièvement et les enchaîne les unes aux autres par des considérations pleines d'intérêt. Ainsi, il nous fait passer en revue les ouvrages attribués à Hippocrate, les idées de Praxagore de Cos, celles d'Erasistrate, de Celse, de Galien, les travaux des Arabes, de Sylvius, de Foreest, de Willis, de Bellini, de Stahl, de Selle, de Borsieri, de Huxham, de Cullen, de Pierre Frank, de Joseph Frank, de Pinel, et nous amène enfin à l'époque mémorable de la découverte de la fièvre entéro-mésentérique par M. Petit. Après cette revue rapide, l'auteur a placé un résumé très-bien fait, dans lequel il s'est attaché à faire ressortir les idées qui doivent être considérées comme propres à notre époque. Il apprécie surtout l'influence favorable de l'anatomie pathologique, et cherche à expliquer comment cette influence s'est exercée.

Comme conclusion de son important travail, M. Littré range sous quatre chefs principaux les divers phénomènes morbides qui ont été désignés sous le nom de *fièvres*.

A. Le mouvement fébrile proprement dit, qui accompagne les inflammations externes ou internes, et qui peut se développer aussi par des influences physiques ou par des causes morales; B. les fièvres intermittentes caractérisées par leurs trois stades et une

apyrexie complète de durée variable ; C. les fièvres intermittentes, où, le mouvement fébrile étant continu, il s'y joint des accès de types divers ; D. les fièvres continues, auxquelles il assigne trois caractères principaux : 1.° elles sont susceptibles de produire leurs effets les plus considérables et les plus funestes tout en se réduisant à une lésion anatomique excessivement légère ; 2.° elles sont engendrées par des causes spéciales ; la contagion est évidente pour la plupart ; une influence particulière, une sorte d'infection l'est pour les autres ; 3.° elles ont dans leurs symptômes une généralité qui empêche de rattacher chaque phénomène particulier à la lésion locale qui existe.

Ce n'est qu'après avoir donné tous les développemens que fait supposer le peu que j'ai dit de son article, que M. Littré expose la définition qu'il entend par *fièvre*, et cette quadruple définition lui sert à résumer tout ce qu'il a dit :

« I. La fièvre, ou mouvement fébrile, est caractérisée par une chaleur contre-nature de la peau et une accélération dans les battemens du pouls, avec un sentiment de malaise ; il faut dire que la chaleur est contre-nature, et que le malade éprouve du malaise, sans quoi une course rapide, par exemple, qui échauffe le corps et qui accélere les battemens du cœur, pourrait être regardée comme une cause de fièvre.

« La fièvre, ainsi définie, est une affection extrêmement fréquente. Elle accompagne la plupart des inflammations tant externes qu'internes, où elle est symptomatique.

« En outre, elle paraît exister par elle-même, comme fièvre éphémère, dans certains cas où il est impossible de reconnaître aucune lésion appréciable dans les solides ou dans les liquides.

« II. La fièvre intermittente est une maladie caractérisée par des accès fébriles que sépare une apyrexie plus ou moins prolongée.

« III. La fièvre rémittente paraît être une association des fièvres intermittentes avec une autre maladie. De plus, quelques observations porteraient à croire qu'elle peut prendre son origine dans une action ou plus forte ou particulière de la cause qui produit la fièvre intermittente. Je m'explique ici d'une manière dubitative, parce que la rémittence n'étant pas très-commune parmi nous, n'a pas encore été étudiée suffisamment dans les pays où elle est vulgaire : il y a là une lacune à combler.

« IV. Les fièvres continues sont des maladies d'une durée plus ou moins longue, sans intermission dans leur cours, affectant la généralité du système organique, indépendantes, par conséquent,

jusqu'à un certain point, de la lésion de tel ou tel viscère, mais caractérisées cependant, dans leur expression symptomatique, soit par une éruption cutanée, soit par une lésion de la membrane gastro-pulmonaire, matérielle ou simplement fonctionnelle. »

Il est difficile de résumer mieux que ne l'a fait M. Littré, les nombreux et effrayans matériaux que la science possède sur la question ardue des fièvres. Il est difficile aussi de ne pas être de son opinion dans une grande partie des questions qu'il a traitées dans cet article. Cependant, pour un petit nombre de points, je ne saurais voir absolument comme lui. Je ne dirai rien de ce que je trouve d'un peu vague et embarrassé dans la définition des fièvres continues, parce que ce léger embarras provient et de l'extrême difficulté du sujet, et surtout sans doute du peu de lucidité de mes idées. Je ne demanderai pas non plus à M. Littré pourquoi il assimile au mouvement fébrile, qui est toujours symptômatique, la fièvre éphémère qui ne coïncide avec aucune lésion appréciable dans les solides et dans les liquides, et pourquoi cette fièvre éphémère ne pourrait pas être admise parmi les fièvres continues. Mais j'insisterai plus volontiers sur une chose plus importante, et dont je me rends mieux compte. M. Littré dit (page 131) : « Le mouvement fébrile est, dans une foule de cas, attaché au moyen par lequel la *nature* réagit contre les lésions. » En faisant abstraction de la gêne que fait naître dans l'esprit ce mot *nature*, qui a été employé dans des acceptions si diverses et si ridicules parfois, j'adopte cette proposition; elle est, en effet, l'expression d'un fait d'observation. Mais il ajoute: « ..... Des médecins ont pu être amenés à considérer les fièvres comme un travail salutaire, d'autant plus qu'il est quelques cas *où le mouvement fébrile* AMÈNE *la résolution de certains engorgemens, la guérison de certaines affections chroniques*. Mais ces médecins ont presque toujours confondu la fièvre avec les fièvres; et s'il est vrai que *la première constitue parfois un travail utile à l'amélioration d'autres états morbides*, on ne peut en dire autant des secondes. Les fièvres intermittentes et continues sont des maladies .... apportant avec elles leur danger, parfois très-grand; de telle sorte que *le bénéfice qui peut en résulter dans des circonstances* TOUT-A-FAIT EXCEPTIONNELLES est toujours acheté trop cher. » A mon avis, il en est *de la fièvre* comme *des fièvres*; le bénéfice qui peut en résulter ne s'observe que dans des circonstances *tout-à-fait exceptionnelles*. Ce n'est qu'en vertu d'une hypothèse, qu'on peut dire que *la fièvre amène* une guérison, de quelque manière que celle-ci s'opère. Le mouvement fébrile

peut être assez peu intense et assez peu prolongé pour que son influence fâcheuse soit peu appréciable ou même nulle. Il peut coïncider avec un travail de résorption, soit qu'il reconnaisse la même cause, soit qu'il en reconnaisse une autre; mais je ne crois pas qu'on puisse prouver que c'est le mouvement fébrile qui *amène* la résolution de l'engorgement, en d'autres termes qu'il en est l'agent.

L'article Foie est un des écrits les plus intéressans qui aient été publiés sur le sujet qui y est traité. Je le choisis comme propre à représenter la pathologie spéciale, dans l'analyse que je fais de ce treizième volume. MM. Ollivier et Bérard ont été chargés de l'anatomie et de la physiologie du foie. Ces deux premières parties sont parfaitement au niveau des connaissances actuelles. Je m'occuperai plus spécialement de la troisième partie (*Des maladies du foie*).

A raison des difficultés nombreuses qui hérissent l'étude des maladies du foie, et qui naissent de la situation profonde et des rapports anatomiques de cet organe, du peu de connaissances positives que l'on possède sur ses fonctions, etc, etc., un traité de pathologie du foie est une œuvre encore éloignée. Toutefois, ajoutent les auteurs de cet article, des matériaux sont acquis à ce travail, et le but de cet article est d'en présenter un tableau succinct.

Désirant avant tout faire bien connaître les caractères anatomiques des maladies du foie, les auteurs ont adopté la méthode de Morgagni, qui consiste dans l'exposé simple des lésions, en dehors de toute classification qui puisse préjuger leur nature. Ils ont donc établi deux séries: dans la première, ils ont examiné les altérations qui atteignent surtout la forme du foie; dans la seconde, ils ont compris toutes celles qui, pénétrant l'organisation parenchymateuse, entraînent plus ou moins profondément sa dégénération, ou s'y établissent comme productions anormales. Tout ce chapitre renferme d'excellentes descriptions et plusieurs discussions intéressantes, notamment à l'occasion des *abcès du foie*, du *foie granuleux*, etc., etc. Vient ensuite le chapitre consacré à l'étiologie. Il est remarquable par une grande clarté d'exposition. J'aurais assez aimé y trouver une discussion plus approfondie sur l'influence des climats équatoriaux; la littérature médicale anglaise possède sur cette question de nombreux et importans matériaux. Mais, à cela près, cette partie ne laisse rien à désirer. Après un résumé général très-bien fait, des symp-

tômes des maladies du foie, les auteurs entrent dans la pathologie spéciale de cet organe. Leur histoire de l'hépatite a été tracée avec une critique judicieuse; elle peut être offerte comme une preuve de la supériorité, quant à la précision surtout, des descriptions contemporaines sur celles des anciens auteurs. La marche, les terminaisons, les complications et le pronostic des maladies du foie sont exposés avec beaucoup de soin et d'exactitude. Le traitement, enfin, occupe une place très-considérable dans cet article. Cette dernière partie comprend non-seulement la thérapeutique interne, mais encore la thérapeutique chirurgicale. En effet, plusieurs maladies du foie, à une certaine époque de leur existence, peuvent exiger l'emploi de l'instrument tranchant. Cette question est traitée avec détails, et les auteurs n'ont pas manqué de mentionner les méprises des chirurgiens qui ont ouvert la vésicule du fiel dilatée, en croyant ouvrir un abcès du foie. Ils ont en outre décrit les divers procédés opératoires proposés pour effectuer l'ouverture de cette espèce d'abcès.

L'article chirurgical Fractures est remarquable et par sa partie pathologique à proprement parler, et par l'esquisse historique qui le termine.

Tout ce qui a trait aux causes, aux symptômes et au pronostic des fractures, bien que renfermant les détails les plus nombreux et les plus complets, semble n'être qu'un appendice au chapitre consacré au traitement, tant cette dernière partie est riche de préceptes discutés avec habileté et exposés avec précision. Je ne pense pas qu'on ait omis une seule des nombreuses questions que le sujet peut faire naître.

On y trouve des conseils sur les soins à donner aux blessés immédiatement après l'accident, des considérations sur les brancards et sur les lits propres à transporter et à recevoir les malades affectés de fracture. La réduction des fractures donne lieu à une discussion importante dans laquelle les auteurs, tout en rejetant la méthode des chirurgiens anglais, qui appliquent les forces extensives et contre-extensives sur l'os fracturé lui-même, pensent cependant que l'on suit d'une manière trop exclusive, en France, la méthode de réduire les fractures en mettant le membre blessé dans l'extension, et de le maintenir dans cette position pendant le traitement. Delà, des préceptes d'une véritable utilité. L'exposé des moyens de maintenir les fractures réduites renferme les détails les plus circonstanciés. On sait que divers procédés ont été imagi-

nés pour atteindre ce but, tels que l'extension continue de Boyer, le plâtre coulé, etc., etc. Tous ces procédés sont appréciés et des préceptes sont donnés pour guider le chirurgien dans l'application de chacun d'eux. On verra avec intérêt l'exposé de l'*hyponarthécie* de M. Mayor, de Lausanne, avec les modifications ingénieuses qu'on lui a fait subir.

Le traitement des fractures compliquées est décrit dans un chapitre particulier, à la suite duquel les auteurs ont placé une dissertation très-longue et bien nourrie sur la consolidation des fractures. Une partie fort importante de cette dissertation, est celle où il est question des causes qui retardent ou qui empêchent la consolidation des fractures, et où l'on fait connaître les moyens d'y rémédier. C'est là que la plupart des lecteurs viendront chercher des enseignemens. Après une énumération exacte et savante des causes de cet accident, se trouve celle des moyens employés pour le combattre. Ces moyens sont l'appareil inamovible, les vésicatoires, la cautérisation, le frottement des fragmens l'un contre l'autre, le séton, la ligature métallique de M. Sommé, d'Anvers, la résection des fragmens. Chacun de ces moyens est discuté séparément, et en outre cette partie est terminée par un résumé très-court, où les auteurs font connaître les cas dans lesquels telle méthode devra être employée plutôt que telle autre.

Le dernier chapitre de ce long article a pour sujet les fractures vicieusement consolidées, et les moyens d'y rémédier. Les auteurs n'ont pas négligé d'établir une distinction importante entre les cas où la fracture est récemment consolidée et ceux où la difformité est ancienne. Je dois dire avant de terminer, qu'ils ont su, dans toutes les parties de leur travail, réunir deux qualités essentielles: ils se sont montrés à-la-fois érudits et praticiens.

Renfermé dans un étroit espace, j'ai dû me borner à rendre compte d'un très-petit nombre d'articles. Mais on a vu, par ceux que j'ai choisis, que la pathologie générale, la pathologie interne et la pathologie externe, sont dignement représentées dans le volume que je suis chargé d'analyser; et la simple lecture de l'énumération par laquelle j'ai débuté, a dû faire voir qu'il n'est presque aucune branche des sciences médicales qui ne soit pour quelque chose dans cet excellent volume.

G. RICHELOT.

De la circulation veineuse; par E. CHASSAIGNAC, *prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, professeur-agrégé, etc., etc.* Paris, 1836. In-8.° Chez Germer-Baillière.

L'auteur a placé en tête de son travail des considérations générales où l'on voit qu'il n'a rien négligé pour connaître aussi parfaitement que possible le sujet qu'il avait à traiter. Après avoir formulé plusieurs propositions générales sur des points importans de la physiologie du système veineux, il a résumé les diverses opinions qui ont été émises sur le mécanisme de la circulation dans cet appareil. Ces opinions peuvent se réduire à sept; la première attribue la circulation veineuse en très-grande partie au cœur aortique; la seconde, en grande partie à l'action propre des artères; la troisième, à une force propre inhérente aux capillaires; la quatrième, en partie à l'action spontanée du sang; la cinquième, à l'action propre des veines; la sixième, à l'action d'inspiration du poumon; enfin la septième, à l'action d'aspiration des cavités droites du cœur. Il résulte delà, comme le fait remarquer M. Chassaignac, qu'il existe à-peu-près autant de théories sur la circulation veineuse, que d'agens qui jouent un rôle plus ou moins important dans l'accomplissement de cette fonction. Exemple bien frappant de ce vice bien grave de raisonnement qui porte un physiologiste à concéder tous les honneurs d'une fonction à un seul agent dont il s'exaspère l'importance au détriment de tous les autres.

M. Chassaignac divise les agens de la circulation veineuse générale en deux catégories, sous le titre : 1.° d'agens primordiaux ou d'impulsion *a tergo;* 2.° d'agens accessoires, auxiliaires ou accélérateurs. Dans la première classe il a rangé l'action du ventricule gauche, celle des artères, celle du système capillaire, à l'occasion duquel il a parlé de l'activité spontanée du sang. Tous les agens qui appartiennent à cette classe ont ceci de remarquable, qu'ils impriment au liquide une direction qu'on peut appeler initiale, laquelle détermine le sens du mouvement, qui est ensuite accéléré par les causes de la deuxième classe. Dans la seconde, il a compris: 1.° l'action propre des veines et celle de toutes les parties qui leur sont juxta-posées, et qui contribuent à y activer la circulation, telles que les artères satellites, les muscles, les aponévroses, la peau, et à cette occasion il a dit un mot des pressions extérieures; 2.° l'action des cavités droites du cœur; 3.° l'influence de la respiration; 4.° enfin, d'autres forces, telles que la pesanteur et la force

dérivatrice de Haller, etc. Quant aux forces vitales tendant à faire monter le sang, et qui ont été admises par quelques physiologistes, il ne leur conçoit pas d'existence en dehors des forces qui viennent d'être énumérées.

Après ces généralités fort intéressantes, commence la première partie du travail de M. Chassaignac. Elle s'occupe de la *circulation veineuse générale*. C'est la partie la plus considérable et la plus importante de l'ouvrage qui nous occupe. Traitant d'abord des *agents d'impulsion à tergo*, il étudie successivement et avec de nombreux détails, l'action du ventricule aortique sur la circulation veineuse, celle des artères, celle des capillaires. Il discute la valeur de cette opinion qui attribue au sang un mouvement spontané. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous les développemens qu'il a consignés dans cette première section où toutes les opinions des auteurs sont exposées et appréciées ; mais nous signalerons principalement à l'attention de nos lecteurs les expériences nouvelles auxquelles M. Chassaignac s'est livré, dans le but de rechercher si l'impulsion communiquée au sang par le ventricule aortique se fait ressentir jusque dans les vaisseaux veineux. Ces expériences ont été faites avec une grande habileté et un grand soin. La description qu'en a donnée l'auteur ne laisse rien à désirer sous le rapport de la clarté et de l'exactitude. Voici les conclusions auxquelles elles ont donné naissance :

1.° Il n'y a, dans le mouvement du liquide (du sang qui coule par l'ouverture faite à une veine), aucune autre saccade que celles qui sont produites par les efforts de contraction musculaire ;

2.° Les efforts musculaires, même quand ils paraissent avoir lieu d'une manière continue, déterminent des ascensions intermittentes, mais qui n'ont aucune liaison avec les mouvemens du pouls et ceux de la respiration, puisque chacune des secousses déterminées par cette cause correspondait à plus de dix mouvemens respiratoires ou ventriculaires.

Dans la seconde section, il est question des agens accélérateurs de la circulation veineuse. L'auteur admet que les veines exercent sur la circulation du liquide qu'elles renferment une influence très-réelle, mais il distingue avec soin ce qui appartient aux veines elles-mêmes de ce qui appartient à d'autres organes placés dans leur voisinage. Ici se trouvent traitées les questions suivantes : Influence de la direction des veines sur la circulation veineuse ; influence de la capacité du système veineux ; influence du rétrécissement progressif du système veineux ; influence des anastomoses ;

influence qu'exerce la répartition de l'épaisseur des parois veineuses dans les diverses parties du système; influence des valvules; influence exercée par l'action absorbante ou sugillatoire des radicules veineuses; influence de l'élasticité des veines; influence de la contractilité lente ou tonique des veines; influence d'une contractilité vitale instantanée dans les veines; influence des artères juxta-posées aux veines; action des muscles; influence de l'effort; influence de certains mouvemens, des aponévroses, de la peau, des pressions extérieures; et enfin de la pesanteur.

Après avoir ainsi établi l'action des veines et des parties voisines sur la circulation veineuse, l'auteur passe à l'appréciation de celle des cavités droites du cœur. Il en est de même relativement à l'influence de la respiration. Afin de ne rien omettre, M. Chassaignac dit deux mots de l'action que peut avoir le système lymphatique sur la circulation veineuse, et de la force de dérivation de Haller.

Après tant de détails tracés avec l'importance qu'ils méritent, M. Chassaignac ne croit point avoir entièrement accompli sa tâche. Dans une deuxième partie, il décrit les circulations veineuses locales, qui comprennent: la circulation veineuse du cerveau, celle du poumon, celle de l'abdomen, et celle du placenta.

A la suite de ce travail si nourri et si consciencieux, se trouve, en manière d'appendice, une série de propositions sur cette question: *Le sang veineux présente-t il des caractères identiques dans les diverses parties du système veineux?* Cet appendice peut être considéré comme un résumé concis, mais très-exact, de l'état actuel de la science sur ce sujet.

Dans tout ce travail, dont nous venons de donner une analyse trop rapide, l'auteur a fait preuve de jugement, et a montré des connaissances étendues. Tous les travaux importans sur la matière sont cités et appréciés à leur juste valeur. Les doctrines des divers auteurs sont exposées avec clarté. Le plan adopté par M. Chassaignac rend facile la lecture de son ouvrage qui doit son importance autant aux expériences dont les résultats y sont consignés, qu'aux recherches qui ont été faites pour donner un exposé critique et raisonné de l'état de la science au sujet de la circulation veineuse.

Histoire physiologique et pathologique de la salive; *par* L. Donné. Paris, 1836. Chez Béchet. In-8.° 121 pp.

Le travail de M. Donné est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'étude des propriétés chimiques et physiologiques de la salive, et à l'examen de l'influence que ses altérations exercent sur l'économie. Dans la seconde, qui n'est que la reproduction exacte du mémoire du même du même auteur, inséré dans les Numéros de mars et d'avril 1836 de ce Journal, la salive est considérée comme moyen de diagnostic dans quelques affections de l'estomac. Nous allons passer successivement en revue les différens chapitres dont se compose le *Traité de la salive*.

Après quelques lignes consacrées à un aperçu historique suffisamment détaillé, M. Donné fait ressortir la divergence des opinions professées jusques dans ces derniers temps sur les caractères *acide* ou *alcalin* de la salive, et conclut, d'après ses propres expériences répétées depuis plusieurs années, que la salive est constamment *alcaline à un degré prononcé, avant, pendant et dans l'intervalle des repas, toutes les fois que les fonctions de l'estomac se font régulièrement*. Tiedemann et Gmelin, dont M. Donné invoque l'autorité, sont moins affirmatifs ; ils se bornent à dire que cette humeur ne leur a jamais offert les caractères propres aux acides : le plus souvent elle colorait faiblement en bleu la teinture rougie, et chez d'autres personnes elle était neutre ; bien entendu qu'il ne s'agit ici que de l'état sain. Passant ensuite à l'examen des divers usages attribués à la salive, l'auteur montre qu'ils se rangent sous les deux chefs suivans : 1.° elle facilite les fonctions mécaniques de la bouche, tels que les mouvemens de la langue, la déglutition ; 2.° elle favorise l'action de l'estomac, en faisant subir une première élaboration aux alimens. A ces usages généralement admis, M. Donné en joint un autre fondé sur la nature alcaline du fluide opposée à celle du suc gastrique, qui renferme un ou plusieurs acides à l'état de liberté. En conséquence de cette différence de composition, la salive continuellement sécrétée et avalée, irait saturer les acides de l'estomac, hors le temps de la digestion. La neutralité presque complète des humeurs gastriques chez les animaux à jeûn, et leur acidité prononcée à la suite de l'irritation exercée par la présence des alimens, ou même de corps étrangers inertes, donne une certaine valeur à l'opinion de M. Donné ; elle prend une nouvelle force dans les observations de Hunter, Adams,

Allan Burns, Jœger, Carswell, etc., sur la dissolution chimique des parois de l'estomac après la mort, par les sucs acides qu'il renferme.

M. Donné ne s'est pas borné à une simple énonciation des faits; il a calculé la quantité d'acide nécessaire à la neutralisation de la soude contenue dans la salive : il a d'abord expérimenté sur lui-même, et a trouvé que la proportion d'acide chlorhydrique saturé était, à très-peu-près, d'accord avec les nombres fournis par l'analyse de Berzelius. Recherchant ensuite directement à combien s'élève en vingt-quatre heures le produit de la sécrétion salivaire, il a obtenu une moyenne de 390 grammes, chiffre très-approché de celui de 375 grammes qu'admettent plusieurs physiologistes. En partant des expériences et des analyses indiquées plus haut, la soude renfermée dans cette proportion de salive représenterait un peu plus de 0,gr.16 d'acide chlorhydrique. Quelque séduisans que soient ces résultats, ils offriraient encore moins de prise à la critique, si, d'un côté, M. Donné avait isolé la salive du mucus buccal, et fixé la part de chacun dans cette neutralisation du suc gastrique, et si, de l'autre, il avait montré que la sécrétion salivaire et muqueuse qui devient beaucoup plus active lors de la mastication et la déglutition des alimens, ne s'accroît pas proportionnellement à l'augmentation de la sécrétion gastrique; car, sans cette condition, la saturation aurait aussi bien lieu pendant le travail de la digestion que dans ses intervalles.

Dans le chapitre suivant, M. D. étudie l'influence des altérations de la salive sur l'économie; il rappelle les recherches de MM. Toirac et Regnard, sur la carie des dents produite par la prédominance d'un acide dans les humeurs de la bouche. Les progrès de cette maladie étaient liés à ceux des affections gastriques que présentaient les personnes dont les auteurs précités ont donné les observations détaillées. Je ne suis pas éloigné de croire que, dans ces cas, les humeurs acides qui érodaient l'émail des dents avaient été sécrétées dans l'estomac, et portées par régurgitation jusque dans la bouche. Tout le monde sait, en effet, que dans le catarrhe gastrique, par exemple, les malades rejettent une énorme quantité de mucus ayant l'aspect d'une solution de gomme, sans le moindre effort de vomissement; eux-mêmes en ignorent l'origine, leur bouche s'en remplissant en quelque sorte à leur insçu. Quoi qu'il en soit, M. D. conseille judicieusement, dans ces cas, l'emploi des poudres dentifrices alcalines.

Dans la section suivante, consacrée à l'action de la salive sur

l'estomac, M. D. rapporte à l'acidité de cette humeur, quand elle est avalée, ou à la non-neutralisation du suc gastrique, quand elle est rejetée, les accidens signalés depuis long-temps par les auteurs, dans les cas de perte continuelle de la salive par suite de fistule ou de toute autre cause.

La deuxième partie n'est, comme je l'ai déjà dit, que la reproduction d'un mémoire précédemment inséré dans ce Journal : il me suffira donc d'y renvoyer le lecteur. Néanmoins je ne puis m'empêcher de remarquer deux circonstances qui diminuent un peu à mes yeux l'importance du caractère indiqué par M. Donné : parmi les malades qu'il a observés, il en est qui faisaient usage d'eau de groseilles ou de limonade, notamment ceux des deuxième et troisième observations, car, pour la plupart des autres, l'espèce de boisson n'a pas été indiquée. Les acides ingérés ne jouaient-ils pas un rôle dans le changement de couleur du papier de tournesol ? En second lieu, l'intensité de l'effet chimique semble le plus souvent en rapport avec la fréquence des vomissemens : ne serait-ce pas encore ici aux humeurs gastriques, plutôt qu'à la salive, qu'il faudrait attribuer la réaction obtenue ? Dans les cas où il n'y avait que des nausées, outre que l'effet est moindre, des régurgitations peu abondantes et rares auraient été suffisantes pour *acidifier* légèrement la bouche. Ces doutes me semblent d'autant plus légitimes, que M. D. a indiqué avec soin les précautions minutieuses qui doivent être prises pour observer la réaction alcaline de la salive, précautions qui prouvent qu'elle est naturellement peu énergique, et qu'il faut peu de chose pour la modifier.

Quoi qu'il en soit, M. D. a toujours le mérite d'avoir ouvert à l'observation une nouvelle voie dans laquelle il ne tardera sans doute pas à être suivi. Quelque multipliés que soient les emprunts que la médecine a faits jusqu'ici aux sciences exactes, les services qu'elle en attend sont plus grands encore. Aussi toutes les recherches qui, comme celles dont nous venons de parler, ont pour but une judicieuse application de ces sciences, ne peuvent manquer d'être accueillies avec empressement.

GUÉRARD.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

OCTOBRE 1836.

Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas. (*Mémoire couronné par la Société médicale d'Emulation de Paris*), *par* J. T. Mondière, *D. M. P.*, *membre de plusieurs Sociétés savantes*, *médecin-adjoint de l'hôpital de Loudun* (*Vienne*). (Fin).

Squirrhe-cancer. — Il résulte des recherches nombreuses auxquelles nous nous sommes livré, que ces altérations sont les plus fréquentes de toutes celles auxquelles est exposé le pancréas. Mais comme dans un assez grand nombre des faits que nous avons recueillis, le squirrhe du pancréas n'existait pas seul, nous n'avons pas dû en tenir compte : car ce ne peut être que par le rapprochement d'observations où le pancréas aura été seul malade, que l'on doit espérer parvenir à distinguer, sur l'homme vivant, le squirrhe du pylore ou du duodénum de celui du pancréas, et arriver à un diagnostic, sinon plus utile au malade, au moins plus sûr et plus satisfaisant pour le médecin. C'est ce qui nous fait regretter que M. Bécourt n'ait pas rapporté, dans tous ses détails, une observation de M. Abercrombie, dans laquelle le pancréas, seul organe malade,

était entièrement squirrheux et non changé dans ses dimensions.

Quelques médecins, et M. Roux (1), entr'autres, ont semblé douter que le pancréas pût être le siège primitif du cancer. Mais l'opinion de ce professeur se trouve détruite par les faits que nous allons rapporter ; et l'obscurité qui règne encore aujourd'hui sur le diagnostic de la dégénération dont nous nous occupons maintenant, nous fait un devoir de consigner ici les résultats fournis par toutes les observations qui sont venues à notre connaissance. Toutefois, pour nous renfermer dans les bornes d'un mémoire, nous rapporterons quelques faits seulement dans leur entier, et pour les autres nous nous contenterons de présenter le résumé de ce qu'ils offrent de particulier.

Obs. I.re (2) — M. S. S., jeune homme d'une constitution delicate, très-adonné à l'étude, et menant une vie sédentaire, éprouva quelques années avant sa mort, une douleur obtuse profondément située dans la région épigastrique ; il y avait courbure du corps en avant, et impossibilité de le tenir dans une position verticale, même assis sur une chaise, sans augmentation considérable de cette douleur. Peu de mois après l'apparition de cette dernière, il survint de la dyspepsie, le pyrosis, et par fois des vomissemens. L'appétit était généralement bon, mais aucun aliment ne pouvait être retenu dans l'estomac, si ce n'est le lait, qui formait la plus grande partie de la nourriture du malade.

Les moyens employés contre cette affection furent les émétiques, les cathartiques et les vésicatoires sur la région épigastrique. Ces derniers produisent toujours de l'amélioration, qui n'était cependant que passagère. La dou-

(1) *Mélanges de Chir. et de Phys.* Paris, 1809, in-8.°, dans le Mémoire sur le cancer.

(2) Cette observation et la suivante appartiennent au docteur Thomas Sewal.

leur, le pyroxis, les vomissemens existèrent avec plus ou moins de violence jusqu'à quelques mois avant la mort, époque à laquelle il se déclara une phthisie pulmonaire bientôt mortelle.

Autopsie. — Emaciation du corps. La cavité des plèvres contenait un peu de sérosité; les poumons étaient tuberculeux. Il y avait un léger épanchement dans l'abdomen; l'épiploon était privé de graisse, l'estomac et les intestins fortement contractés. Le foie, la rate et les organes urinaires étaient parfaitement sains. Le pancréas était le seul viscère abdominal qui offrit des altérations pathologiques; il était deux fois au moins plus volumineux que dans l'état sain, squirrheux, surtout à son extrémité droite qui embrassait le duodénum, et comprimait si fortement le pylore que son ouverture admettait à peine l'extrémité d'une sonde ordinaire.

Obs. II.ᵉ — M. B. S., jeune homme de 27 ans, livré à des occupations sédentaires, et prenant peu d'exercice en plein air, fut pris, un peu avant sa mort, d'une tuméfaction des glandes parotides et sous-maxillaires, ainsi que de quelques ganglions du cou. Cet engorgement disparut tout-à-coup, et aussitôt après une tumeur considérable se montra dans la région épigastrique, s'accompagnant d'une douleur violente et profonde, et de vomissemens presque continuels. Comme dans le cas précédent, il y avait courbure du corps en avant, impossibilité de garder, soit assis, soit debout, la position verticale, sans augmentation des douleurs. L'estomac ne gardait que les alimens froids. Il y avait ordinairement constipation qui ne cédait qu'aux purgatifs. Ces substances, les vésicatoires sur l'épigastre, l'opium et l'eau de chaux, furent les moyens les plus efficaces pour soulager le malade; mais leur action ne fut que palliative, la faiblesse et la maigreur firent des progrès, et bientôt la mort survint.

Autopsie. — Organes thoraciques parfaitement sains.

L'abdomen contenait un peu de sérosité. L'épiploon était privé de graisse, et l'estomac et les intestins fortement contractés. Le foie, la rate et les reins étaient dans leur état normal. Le pancréas avait un volume triple; son extrémité gauche se prolongeait jusque dans la région lombaire, tandis que la droite, pressant fortement sur le duodénum et l'estomac, avait presque oblitéré l'orifice pylorique. Sa surface était partout irrégulière, dure, résistante, et présentait dans quelques points un tissu squirrheux.

Dans ces deux cas, qui ont entre eux les plus grands rapports, nous ferons remarquer l'âge peu avancé des malades, la marche rapide de la maladie, circonstance à laquelle on doit peut-être d'avoir trouvé le pancréas seul affecté; et si cette opinion venait à être appuyée par de nouveaux faits, il faudrait conclure, contre l'opinion de la plupart des pathologistes, que bien plus souvent qu'on ne pense, le pancréas est le point de départ de ces désorganisations profondes et étendues des organes de la région épigastrique. Il ne faut pas non plus perdre de vue, parmi les symptômes qu'ont présentés ces deux malades, la nature de la douleur, les vomissemens, l'impossibilité de garder une position verticale, et même de redresser le tronc; le pyrosis observé chez le premier, circonstance qui vient encore prêter un appui à l'opinion que nous avons émise sur la nature de cette affection, et chez le dernier, ce gonflement des glandes parotides et sous-maxillaires, qui venant à disparaître subitement, fut remplacé par une lésion semblable du pancréas qui bientôt entraîna la mort. Nous noterons aussi les bons effets des vésicatoires, moyen qui a, constamment dans ces cas et dans bien d'autres analogues, apporté de l'amélioration.

Bien qu'il ne puisse entrer dans notre pensée de donner les deux observations que l'on vient de lire comme le type des dégénérations cancéreuses du pancréas, cependant pour nous renfermer dans les limites que nous avons dû

nous prescrire, nous allons nous borner maintenant à résumer brièvement les circonstances les plus importantes au diagnostic, que présentent les faits qui nous restent à examiner, négligeant tout ce qui n'est qu'accessoire. Nous reviendrons d'ailleurs sur quelques-uns de ces faits quand nous essayerons de nous élever à l'histoire générale de notre sujet, et comme nous nous faisons toujours un devoir de citer exactement les sources auxquelles nous puisons, le lecteur pourra, s'il le juge convenable, achever ce que nous n'avons dû en quelque sorte qu'ébaucher dans un travail de cette nature.

Chez une femme de 54 ans, morte en 1831 à la Pitié, dans le service de M. Andral (1), et qui succomba à une affection cancéreuse bornée au pancréas, on observa, dans la région dorsale, des douleurs intolérables qui irradiaient dans la partie latérale gauche du thorax, parcouraient toute la région abdominale, et venaient s'éteindre dans la région de la rate. La malade comparait ces douleurs, qui revenaient plus souvent la nuit que le jour, tantôt à des coups de marteau, et tantôt à des coups de poignard. Le pancréas, transformé en une masse cancéreuse, comprimait l'aorte abdominale et les plexus nerveux qui s'épanouissent sur ce vaisseau, circonstance qui rend compte des vives douleurs que la malade éprouvait.

Des vomissemens opiniâtres sont souvent le seul symptôme caractéristique que l'on observe. Ceci arrive dans les cas où la tête du pancréas étant le siège principal de la maladie, le duodénum et le pylore se trouvent comprimés de manière à ne pas permettre le passage des liquides. Alors l'absence des autres symptômes propres au cancer de l'estomac peut faire reconnaître le véritable siège de la maladie. C'est ce qui eut lieu dans un cas rapporté dans

(1) *Lancette française*, T. V, N.° 18.

l'Ancien Journal de médecine (1). L'autopsie vint confirmer le diagnostic du médecin.

Mais dans des cas semblables, le diagnostic deviendra bien plus facile si, aux vomissemens et à l'absence de tout symptôme de lésion de l'estomac, se joignent un ptyalisme abondant et des déjections *salivaires*. Tel était le cas de la maladie observée par M. Bobe-Moreau (2), médecin à Rochefort. Ici encore la tête du pancréas étant principalement malade, on observa l'ictère et des vomissemens opiniâtres, et plus tard une salivation fatigante et des déjections composées de fluides pituiteux, salivaires, incolores, et sans odeur désagréable.

Cette salivation survenant à une époque plus ou moins avancée de la maladie, et quelquefois dès le début, ce qui, d'après nos recherches, est un symptôme presque constant, a offert dans un seul cas (3), à notre connaissance du moins, un caractère particulier : elle était très-abondante et horriblement fétide. Chez ce malade on observa aussi, comme chez ceux du docteur Sewal, une douleur atroce dans la région lombaire, et qui empêchait le malade de redresser le tronc, dès qu'il était assis ou courbé. Ajoutons enfin que dès le début de la maladie, il y eut des vomissemens de matières glaireuses, symptômes que nous avons déjà fait remarquer plusieurs fois dans ce travail, et que M. Bécourt (4) a eu lui-même occasion d'observer chez un malade qui succomba à un squirrhe du pancréas facilement appréciable au toucher, à travers les parois abdominales.

Ce dernier fait de M. Bécourt suffirait déjà pour contredire ce que Bayle et M. Cayol (5) ont avancé, savoir :

(1) 1791. T. LXXXIX, p. 73.
(2) *Bulletins de la Soc. méd. d'Emulation*, 1823, p. 393.
(3) *Journal universel.* T. LVII, p. 5.
(4) *Loc. cit.*, p. 60.
(5) *Dictionnaire des Sciences médicales.* T. III, p. 642.

que les véritables squirrhes du pancréas sont peu volumineux et ne peuvent être palpés distinctement à travers les parois abdominales. Déjà cependant avant l'époque à laquelle écrivaient ces deux médecins, M. Marjolin (1) avait publié un cas de squirrhe du pancréas, dans lequel on découvrait, par le toucher, une tumeur volumineuse, bien que la tête de l'organe fût malade. Cette dernière circonstance doit déjà faire pressentir au lecteur l'existence d'un symptôme dont nous avons déjà parlé, savoir, une coloration ictérique de la peau.

Cette tuméfaction du pancréas, appréciable dans un très-grand nombre de cas, est quelquefois le siége de pulsations très-fortes, comme dans le cas suivant : Une femme non mariée, âgée de 47 ans, éprouvait dans la région épigastrique une douleur continuelle qui s'étendait dans l'hypochondre gauche et augmentait par la pression. Le toucher faisait découvrir une tumeur qui était le siége d'une forte pulsation ; il y avait maigreur extrême, constipation, inappétence ; plus tard survinrent des vomissemens. Le pancréas était squirrheux, et l'artère splénique était comprise dans la tumeur formée par cette glande dégénérée (2). Ici, on voit qu'on aurait pu, jusqu'à un certain point, commettre une méprise, et croire à l'existence d'un anévrysme de l'aorte ou d'un autre vaisseau, et la méprise eût été d'autant plus pardonnable, que jusqu'à nos jours l'attention des médecins n'a que très-peu été fixée sur les affections du pancréas.

C'est à cette espèce d'oubli qu'il faut sans doute rapporter l'erreur dans laquelle tomba M. A. Petit (3). Un homme se présente portant à l'épigastre une tumeur qui avait le

---

(1) *Bibliothèque médicale*. T. XXVIII, p. 73, note.

(2) *The Edinburgh Journal*. T. XXVI, p. 381.

(3) *Discours sur les maladies observées à l'Hôtel-Dieu de Lyon*, inséré dans *Médecine du cœur*. Lyon, 1806, in-8.°, p. 307.

volume, la forme et tous les caractères extérieurs d'une hernie : elle avait succédé à de violens efforts; elle était molle, compressible, facilement réductible, s'accompagnait de hoquet et de vomissemens. Petit crut reconnaître une hernie par étranglement de l'estomac et du colon. En présence de tous ses collègues, il opère et trouve en effet l'estomac au centre de la tumeur, mais il n'était point renfermé dans un sac herniaire; *le pancréas engorgé l'avait poussé en avant, et le tenait comprimé entre sa surface interne et les parois abdominales*; il éprouvait là une espèce d'étranglement qui occasionnait tous les accidens trompeurs de la hernie; il adhérait fortement au pancréas.

Les affections chroniques du foie, organe auquel quelques physiologistes font jouer un rôle dans l'hématose, ont été regardées comme la cause la plus fréquente de l'anémie symptomatique. Cette opinion s'appuie sur des faits irrécusables. Mais au foie seul n'appartient point ce privilège, car les altérations du pancréas ont été suivies du même effet, comme il résulte de quatre observations publiées par Abercrombie (1), et dans lesquelles il existait un état anémique très-prononcé.

Dans toutes les observations que nous avons précédemment citées, la mort est survenue sans que le cancer du pancréas fût passé à l'état de ramollissement et d'ulcération; mais il n'en est pas toujours ainsi, et on a vu assez souvent le squirrhe ulcéré envahir et détruire l'estomac, le duodénum, un gros vaisseau, et donner lieu à des vomissemens de sang et même à des hémorrhagies mortelles. Le docteur Maitheis (2) a vu l'estomac perforé dans une grande étendue, vers la région pylorique, chez un homme qui succomba après avoir éprouvé les symptômes ordinaires

(1) *The Edinburgh medical Journal.* 1824. T. XXI, p. 243.

(2) *Ratio Instituti clinici romani.* Rome 1816; in-4.° de 38 pp. et 42 tableaux in-folio. Obs. XV.

du cancer du pancréas (vomissemens, éructations acides, tumeur, douleur vive aux lombes, augmentant la nuit, comme chez la malade de M. Andral, etc., etc.) Chez une femme dont Hasenœhrl (1) relate l'observation, il y eut une hémorrhagie assez abondante par la bouche. A l'autopsie, l'estomac et les intestins furent trouvés pleins de sang; quelques vaisseaux de l'estomac avaient été détruits par l'ulcération. Van Doeveren (2) a vu un cas tout semblable. Le docteur Mabille (3) a recueilli un fait dans lequel un examen attentif de la portion ulcérée du pancréas fit découvrir l'artère splénique mise à nu, isolée de toutes parts, très-amincie dans ses parois, et ouverte dans deux endroits voisins l'un de l'autre par des ruptures fort longues. Enfin M. Vidal (4) a vu un cas dans lequel le pancréas offrait une ulcération large et assez profonde vers la cavité du duodénum; à sa surface il y avait un caillot de sang. Le docteur Bright, si connu par la maladie à laquelle il a donné son nom, a rencontré plusieurs fois cette dernière circonstance, et c'est dans des cas de cette espèce qu'il a observé un symptôme auquel il attache beaucoup d'importance pour le diagnostic du cancer du pancréas. Ce symptôme consiste dans un état particulier des évacuations alvines dont une partie plus ou moins considérable présente les caractères d'une substance huileuse ou graisseuse. Le travail du docteur Bright ne fut connu en France qu'après le 1.er janvier 1834, terme de rigueur pour la remise des mémoires destinés au concours ouvert par la Société médicale d'Émulation de Paris. Curieux de savoir si le symptôme signalé par le médecin anglais était passé inaperçu

(1) *Hist. med. morb. epid.*; p. 60.

(2) *Obs. path. anat.* 1789. T. II, obs. 3.

(3) *Recherches sur certaines lésions organiques de l'estomac.* Thèse, Paris, 1822, N.o 139, p. 20.

(4) *La Clinique.* Décembre 1829, T. I, p. 234.

pour nous, nous avons relu avec soin tous les cas de cancer du pancréas que nous connaissions, mais dans aucun nous n'avons trouvé ce symptôme indiqué, bien que dans beaucoup d'entre eux les observateurs aient pris soin de noter la plupart des évacuations alvines. Nous sommes donc portés à croire que ce signe ne peut avoir l'importance qu'on a voulu lui donner; d'ailleurs, M. Bright avoue lui-même qu'il l'a remarqué dans des cas où il n'y avait aucune altération du pancréas (1).

Si nous étudions maintenant les effets que produisent les squirrhes du pancréas sur les parties qui l'entourent, nous verrons que ces effets varient suivant l'organe qui supporte la compression la plus forte, car c'est presque toujours de cette manière qu'ils agissent. Lorsque le pylore se trouve comprimé, l'estomac peut se dilater énormément, et le plus ordinairement alors il y a des vomissemens opiniâtres. Chez une dame (2) qui, après la répercussion de la gale, fut prise des symptômes d'une affection du pancréas, et surtout de cardialgie, les alimens étaient vomis sans avoir subi la moindre altération. Elle périt dans le marasme. Toutefois ce symptôme n'est pas constant : Michaélis (3) a vu un cas où il n'y avait pas eu de vomissement, bien que le duodénum et le pylore fussent comprimés au point d'admettre à peine un tuyau de plume; l'estomac était très-dilaté. Lorsque c'est la portion inférieure du duodénum qui est comprimée, le passage de la bile dans les intestins n'a plus lieu, et elle est rejetée avec les alimens, comme chez le malade dont parle Juppin (4). Le canal cholédoque seul peut être comprimé; alors le cours de la bile est en-

(1) *Voyez* l'extrait qui a été donné du travail du docteur Bright, dans les *Archives de Médecine*, 1834, 2.e série. T. IV, p. 482.

(2) *Ancien Journal*. T. XXVI, p. 144.

(3) *Bibliothèque médicale*. T. XLII, p. 127.

(4) *Ancien Journal*. T. LXXXIX, p. 73.

core suspendu, et c'est dans des cas de cette espèce que l'on observe une teinte ictérique foncée. Ce canal se dilate énormément quelquefois; dans un cas il offrait un diamètre de deux pouces (1). Des altérations diverses du foie peuvent résulter de la rétention du fluide qu'il sécrète. Ainsi chez une femme (2) de 70 ans qui se plaignait depuis longtemps de douleurs lancinantes dans l'abdomen, et qui, peu observée pendant la vie, sembla succomber à une altération primitive du foie, on trouva le pancréas qui avait pris un développement prodigieux et était presque converti en tissu lardacé. Le docteur Brierre de Boismont, qui rapporte ce fait, ne balance pas à regarder comme cause de la maladie du foie, la tumeur du pancréas qui, comprimant les canaux biliaires, a dû arrêter le cours de la bile: celle-ci, par son séjour irritant l'organe, y a déterminé l'afflux du sang, et par suite diverses altérations. Chez cette femme il existait aussi une teinte ictérique de la peau très-prononcée, et nous pensons que beaucoup d'ictères, sans lésion apparente du foie, doivent être attribués à une hypertrophie du pancréas. Nous dirons à ce sujet que nous nous rappelons avoir lu dans les premiers volumes du *London medical Journal*, une longue polémique soutenue par quelques médecins qui voulaient s'attribuer la découverte de cette cause fréquente de l'ictère.

Dans un cas fort curieux où la tête du pancréas devenue squirrheuse comprimait le canal pancréatique à son orifice duodénal, M. Cruveilhier (3) a vu ce canal prodigieusement dilaté.

Nous avons dit et cité un fait à l'appui, que de la compression de la veine-porte et de ses branches pouvait résulter l'hydropisie ascite. La même cause peut donner lieu à

(1) *The Lancett.* Avril 1827.
(2) *Archives de Médecine.* T. XVI, p. 132.
(3) *Anatomie pathologique* T. I, p. 286.

l'hématémèse, et si l'on apportait une sage critique dans l'examen des maladies que les auteurs anciens ont décrites sous le nom de *maladie noire*, on verrait que beaucoup devraient être rapportées au pancréas (1).

Rahn (2) et Portal (3) ont vu l'aorte rétrécie par une tumeur squirrheuse du pancréas, et dans deux autres cas la compression de cette artère entraîner l'apoplexie (4). Enfin Portal (5) et Salmade (6) ont observé des anévrysmes considérables du même vaisseau produits par la même cause.

Encéphaloïde.—Cette dégénération a été observée trois fois par Abercrombie (7), une fois par M. Mériadec Laennec (8); enfin par M. Duponchel (9). C'est de l'observation de ce dernier qu'il a été question quand nous avons parlé des kystes du pancréas. Chez un soldat qui avait offert pour symptômes : digestion pénible, tumeur ovoïde, rénittente en dessus et un peu à gauche de l'ombilic, et paraissant très-adhérente ; vomissemens, constipation opiniâtre, douleur à l'épigastre avec sentiment de torsion,

---

(1) *Voyez* à l'appui de cette proposition des observations rapportées par Portal (*Observations sur la nature et le traitement du melæna*, dans *Mém. de la Soc. méd. d'Émulation*. T. II, p. 107); par Rhodius (*Journal complémentaire*. T. XXI, p. 80); par Latour (*Histoire philosophique des hémorrhagies*. Orléans, 1828; 2 vol. in-8.°) par Force (*Journal de Corvisart*. T. XXXIII, p. 344).

(2) *Diagnosis scirrhorum pancreatis Obs. anat. pathol. illustrata*. Gottingue, 1796. — *Recus. in Brera*. T. II, p. 99.

(3) *Anatomie médicale*. T. V, p. 356.

(4) Portal, *Traité de l'apoplexie*, p. 390; et Rahn, *Loco cit.* p. 108.

(5) *Traité de l'apoplexie*; p. 390.

(6) *Recueil périodique*. T. III, p. 454.

(7) *Loc. cit.*, p. 518.

(8) *Revue médicale*. 1824. T. III.

(9) *Bulletins de la Soc. méd. d'Emulation de Paris*, année 1824, p. 76.

puis enfin régurgitations d'un liquide brunâtre et d'une odeur fétide, on trouva tous les organes sains, et à la place du pancréas, dont il n'existait aucun vestige, un kyste à parois épaisses, d'un volume égal à celui d'un enfant nouveau-né, et renfermant une matière brunâtre qu'on ne peut mieux comparer qu'à du sang coagulé qui aurait été mêlé avec des débris de substance cérébrale; ce kyste communiquait par une ouverture large comme une pièce de dix sols, avec le duodénum, qui offrait des traces de phlegmasie chronique.

Tubercules. — Quoique la dégénération tuberculeuse du pancréas soit assez rare, elle a cependant été mentionnée depuis long-temps. C'est à cette altération que nous croyons devoir rapporter le cas recueilli au milieu du siècle dernier par Varnier (1), médecin à Vitry-le-Français : Chez une femme déjà âgée, qui avait éprouvé des douleurs entre les épaules et une chaleur extraordinaire à la région épigastrique, on trouva le foie sain, le poumon droit *ulcéré*, et le pancréas plein de glandes scrofuleuses. Quelques années plus tard, Glatigny (2), médecin à Falaise, observa la même dégénération chez une fille de 23 ans morte hydropique. Depuis, les tubercules du pancréas ont été observés par le docteur Nasse (3), professeur à Bonn; par M. Bouillaud (4) : dans ce cas, la masse tuberculeuse comprimait le canal cholédoque et avait donné lieu à une dilatation considérable de la vésicule biliaire, dilatation qui, pendant la vie, en imposa pour une affection organique du grand épiploon; par le docteur Reynaud (5), sur

(1) *Ancien Journal.* T. III, p. 9.
(2) *Ancien Journal.* T. VII, p. 38.
(3) *Leichenœffnungen zur Diagnostik und pathologischen Anatomie.* Bonn, 1821, in-8.°, p. 194.
(4) *Archives de Médecine.* T. II, p. 198.
(5) *Archives de Médecine.* T. XXV, p. 165.

les singes; par le docteur Emmert, sur des chats (1); par M. Mitivié (2); sur les cadavres des docteurs Marquis (3) et M. A. Petit (4); et enfin deux fois par Harles (5). M. Bécourt (6) a traduit une des observations du professeur allemand; ici, comme dans les autres lésions organiques du pancréas, on retrouve encore pour symptômes : rapports aigres avec excrétion de matières glaireuses et salivaires, diarrhée de même nature alternant avec la constipation; salivation, vomissement, douleur profonde à l'épigastre, etc., etc. Le pancréas, plus volumineux, offrait des tubercules nombreux, et dans leur intervalle sa substance était entièrement ramollie, et se laissait déchirer avec la plus grande facilité.

Mélanose. — De toutes les dégénérations organiques que peut présenter le pancréas, la mélanose est la moins connue encore; et si nous en parlons ici, c'est dans le but seulement de prouver que cette glande est susceptible, comme les autres organes, de toutes les altérations de tissu que l'anatomie pathologique a fait connaitre jusqu'à présent. Henri (7) dit avoir vu tous les organes de l'abdomen envahis par la mélanose. Gohier (8) rapporte avoir trouvé de la mélanose dans le pancréas : il ne dit rien de plus, mais il ne peut appliquer à cette glande ce qu'il dit des salivaires et surtout des parotides, qui souvent présentent à

---

(1) *Journal complémentaire.* T. V, p. 226.

(2) *Diss. sur l'hydrocéphale aiguë.* Thèse. Paris, 1820, N.° 258, p. 23.

(3) *Journal universel.* T. XLIV, p. 347.

(4) *Journal de Leroux, Boyer et Corvisart.* T. XXII, p. 406.

(5) *Loc. cit.*, p. 9.

(6) *Loc. cit.*, p. 65.

(7) *Diss. de abscessu mesenterii et musculorum planè singulari.* Halle, 1712; in-4.° *Recus. in Halleri Disp. med.* T. III, p. 513.

(8) *Mém. et Obs. sur la chir. et méd. vétérinaires.* Lyon, 1813. T. I, p. 334.

leur centre diverses petites tumeurs noires, dont la forme varie à l'infini. Enfin le docteur Mackenzie (1), dans un ouvrage dont nous avons donné une longue analyse dans un journal de médecine, a trouvé de la mélanose déposée dans le pancréas d'un homme qui succomba à une dégénération mélanique du globe de l'œil.

Calculs. — Merklin (2), de Graef (3), Schurigius (4), Portal (5), et beaucoup d'autres, ont observé des calculs formés dans le pancréas.

Pour les calculs pancréatiques, plus peut-être que pour tous ceux que l'on observe chez l'homme, la cause première de leur formation paraît être un obstacle à l'écoulement facile du liquide sécrété par le pancréas. C'est ce que semblent prouver plusieurs observations : ainsi Galeati (6) rapporte qu'à l'autopsie d'un homme qui avait souffert pendant longtemps de douleurs précordiales, de vomissemens et de constipation, et avait eu plusieurs fois des ictères, on trouva la tête du pancréas changée en une espèce de sac de la grandeur d'un œuf de poule, contenant une vingtaine de petites pierres. Thomas Cowley (7) cite un cas analogue. Ce médecin a trouvé le pancréas plein de calculs fortement enchâssés dans sa substance. Ces pierres avaient différens volumes, mais n'excédant pas celui d'un pois ; elles étaient blanches et formées d'un certain nombre d'autres petites, ce qui rendait leur surface inégale. L'extrémité droite du pancréas était très-dure et semblait squirrheuse.

---

(1) *Practical treatise on the diseases of the eye.* Londres, 1830. In-8.° de XVI-861. pp. — Voir *Archives de Médecine*, T. XXV, p. 73, 242 et 517.

(2) *Ephem. nat. cur.*, dec. 1, an. 8, obs. 50.

(3) *Loc. cit.*, p. 86.

(4) *Lithologia;* cap. 2, art. 28.

(5) *Loc. cit.* T. V, p. 356.

(6) *De morbis duobus observ.* 1758, p. 26.

(7) *London medical Journal.* T. IX, p. 286.

Ces calculs peuvent se former aussi dans le conduit excréteur de la glande. Baillie (1) en a trouvé un de la grosseur d'une amande de noisette, d'une forme irrégulière et d'une couleur blanche. Eller (2) et Wollaston (3) ont observé des faits analogues.

Quels sont les effets que produisent ces calculs développés au centre du tissu du pancréas ou arrêtés dans son conduit excréteur? Nous croyons que, dans ce dernier cas, l'hypertrophie ou un simple gonflement de la glande peuvent en être le résultat. Pour cela nous nous appuyons sur l'analogie : en effet, le chirurgien Hermann (4), de Hassfurt, ayant été obligé d'enlever, par l'instrument tranchant, la glande salivaire droite qui avait acquis la grosseur du poing, trouva dans le canal de Wharton trois pierres rugueuses, d'un jaune pâle, qui allaient de la grosseur d'une lentille à celle d'un noyau de datte. Ajoutons que dans le cas de Eller, cité plus haut, le pancréas était *squirrheux*. Portal (5) dit avoir trouvé une douzaine de pierres dans le pancréas d'un homme mort subitement d'un anévrysme de l'aorte, résultat de la compression exercée sur cette artère par les calculs. Enfin Fournier (6) rapporte un cas d'abcès du pancréas qui nous parait avoir été produit par des calculs.

Histoire générale. — Après avoir exposé la plupart des faits intéressans que des recherches poursuivies avec persévérance pendant plusieurs années nous ont fait connaître, il nous resterait à en présenter les résultats dans une histoire générale du sujet. Mais quelque nombreuses que puissent paraître, à certains lecteurs, les observations que

(1) *Loc. cit.*, p. 263.
(2) *Collection académique*, partie étrangère. T. IX, p. 87.
(3) Pemberton, *loc. cit.*, p. 68.
(4) *Bibliothèque médicale*. T. XXIV, p. 259.
(5) *Loc. cit.* T. V, p. 356.
(6) *Ancien Journal*. T. XLV, p. 149.

nous avons citées, nous ne pensons pas cependant qu'étayé sur elles seules, on puisse dès aujourd'hui poser les bases d'un semblable travail. Essayons cependant de nous élever à quelques considérations générales.

Causes. — Une des causes dont l'influence a été facile à apprécier dans plusieurs cas que nous avons rapportés, c'est l'usage du mercure, dont l'action s'est fait sentir immédiatement sur le pancréas, ou a retenti sympathiquement sur cet organe après s'être portée sur les glandes salivaires. Cette cause est une des plus fréquentes, et nous sommes persuadés que beaucoup d'accidens qui survenaient du côté du tube digèstif à une époque où une abondante salivation était regardée comme nécessaire pour la guérison de la syphilis, doivent être attribués à une surexcitation du pancréas. Comme preuve nous pourrions citer un assez grand nombre des observations que M. Van-Dekeere a consignées dans un mémoire (1) que nous engageons le lecteur à lire avec attention. Il y reconnaîtra plusieurs symptômes d'une pancréatite légère présentée tantôt comme un embarras gastrique, tantôt comme une gastro-entérite peu intense, etc., etc.

Après l'abus des préparations mercurielles, celui du tabac mérite le plus d'être cité; cette cause a évidemment agi dans plusieurs des observations que nous avons rassemblées, et depuis long-temps on a signalé sur les glandes salivaires et les organes digestifs la funeste influence de l'habitude excessive de fumer ou de mâcher du tabac, et même de l'exposition à ses émanations. Toutefois, d'après des recherches faites dans ces derniers temps, il paraîtrait que

(1) *Observations sur des phlegmasies causées par l'administration du mercure.* Journal-général de Médecine, 1829. T. CVI, p. 36.

(2) M. Murat a souvent constaté que ces glandes avaient plus de développement et une couleur d'un blanc-rougeâtre plus intense chez ceux qui fument habituellement. (*Loc, cit.*, p. 18).

ces émanations ne seraient pas aussi nuisibles qu'on l'avait cru jusqu'à présent. Consultez sur ce sujet un travail intéressant publié par Parent-Duchatelet et M. Darcet (1). Disons cependant qu'il résulte des renseignemens fournis par plusieurs des médecins attachés aux diverses manufactures, que les phlegmasies chroniques des organes digestifs sont les principales maladies des ouvriers occupés à la préparation du tabac. Nous regrettons de n'avoir pu consulter à ce sujet le travail publié par M. Pointe (2).

Les liqueurs alcoholiques prises immodérément (*voyez* l'observation de Crampton et plusieurs autres), les purgatifs souvent répétés, la grossesse (*voyez* plus haut), etc., sont encore des causes fréquentes de l'inflammation et des dégénérations du pancréas. Souvent aussi l'inflammation débute par l'estomac ou le duodénum, et se propage ensuite à cette glande. M. Casimir Broussais a, dans sa dissertation inaugurale (3), noté l'influence des surexcitations du duodénum sur *l'obstruction* du foie et du pancréas. Mais nous sommes surpris que l'auteur, qui signale cette influence, n'ait point dit dans quel état il a trouvé le pancréas à l'autopsie de deux individus dont il rapporte les observations, et qui succombèrent à une duodénite chronique. Nouvelle preuve qui montre la justesse de la réflexion que nous avons faite au commencement de ce Mémoire.

A ces causes, il en faut joindre d'autres dont l'action est moins facile à apprécier, et qui ont été indiquées par plusieurs auteurs : l'administration long-temps continuée du quinquina, les médicamens échauffans, les métastases

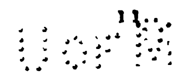
(1) *Annales d'hygiène publique.* 1829. T. I, p. 169.

(2) *Observations sur les maladies auxquelles sont sujets les ouvriers employés à la manufacture royale des tabacs de Lyon.* Lyon, 1828; in-8.°

(3) *Sur la duodénite chronique.* Thèse. Paris, 1825, N.° 59, p. 18.

rhumatismale, varioleuse, etc., des calculs arrêtés dans le canal pancréatique, l'hystérie, l'hypochondrie, etc., il est difficile de déterminer si cette dernière affection est cause ou effet. Nous rappellerons ici que Gianella (1) raconte qu'un prêtre eut, à la suite de l'hypochondrie, une salivation de matières lymphatiques si abondantes, qu'il en crachait plus de deux livres dans l'espace d'un jour. Il faudrait peut-être admettre une disposition héréditaire : Fleischmann (2) parle d'un père et d'un fils, exerçant la même profession, et morts tous deux d'une maladie du pancréas. Nous avons nous-même cité l'observation d'un homme qui, comme son père et au même degré, a présenté divers symptômes que nous croyons devoir rattacher à une lésion du même organe. Enfin, nous dirons que le docteur Puguet (3) rapporte que les engorgemens chroniques du pancréas sont très-fréquens dans la Haute-Egypte. Nous ferons une remarque relativement à ce que disent les auteurs sur l'emploi trop prolongé du quinquina dans les fièvres intermittentes, comme cause des maladies du pancréas; c'est que, peut-être, c'est moins au médicament qu'à la prolongation de la fièvre, qu'il faut attribuer l'inflammation et les engorgemens de cette glande : rappelons-nous en effet combien ceux de la rate et du foie sont communs à la suite de ces fièvres, et disons que M. Broussais (4) a rencontré les veines du pancréas énormément dilatées à la suite d'irritations qui avaient été intermittentes. Nous pensons aussi qu'il convient de ranger parmi les causes de la pancréatite les inflammations des parotides et leurs métastases, car ce que l'analogie de structure et la relation sympathique font présumer *à priori*, est con-

(1) Dumas, *Maladies chroniques*. 1812, in-8.°, p. 101.
(2) *Leichenœffnungen*. Erlangue, 1815; obs. 39.
(3) *Mém. sur les fièvres de mauvais caractère du Levant et des Antilles*. Lyon, 1804; in-8.°
(4) *Phlegmasies chroniques*; 4.e édition. T. I, p. 151.



firmé par les faits. Ainsi M. Andral a vu le pancréas fortement injecté chez un individu qui succomba à une fièvre grave, et qui avait une parotide énorme; et si des métastases ont lieu fréquemment des parotides sur les testicules chez l'homme, et sur les mamelles chez la femme, et d'autres fois sur d'autres organes essentiels à la vie (1), il n'y a pas de raison pour que le pancréas ne soit aussi quelquefois le siège d'une semblable métastase : c'est ce que notre ami le docteur Roboüam a observé, il y a quelques années, sur un individu qui fut pris d'une parotide volumineuse, laquelle, venant à disparaître subitement, fut remplacée par une douleur assez vive et profondément située dans l'épigastre, et celle-ci disparaissant à son tour, il survint un gonflement inflammatoire du testicule qui, quelques jours après, fut lui-même remplacé par une parotide. Un vésicatoire appliqué sur la glande calma les vives douleurs que le malade éprouvait, et fixa l'inflammation qui se termina par suppuration.

Symptômes. — Sans pouvoir assigner ici l'ordre dans lequel les symptômes de la pancréatite aiguë apparaissent, voici ceux que l'on a observés le plus souvent : dyspepsie, anxiété vers la région épigastrique, avec chaleur et douleur fixe, obtuse, profonde, et s'étendant vers l'hypochondre droit et à la poitrine; soif, ardeur du gosier, éructations acides, pyrosis, gastrodynie, nausées et quelquefois vomissemens de matières filantes et salées; le plus ordinairement constipation, quelquefois diarrhée, surtout dans le cas où la pancréatite succède à la salivation; d'autres fois celle-ci, au lieu de précéder la pancréatite, en est un effet sympathique; souvent alors on observe un gonflement des glandes parotides; les matières des selles sont souvent aqueuses et plus ou moins analogues au liquide salivaire. Quand l'inflammation est très-vive, on ob-

(1) Murat, *Loc. cit.*, p. 24.

serve des douleurs aiguës à l'épigastre, le plus souvent alors il y a tuméfaction du pancréas, et l'on sent quelquefois une tumeur circonscrite, presque circulaire, sensible à la pression, et que l'on peut, jusqu'à un certain point, distinguer de celle formée par un squirrhe du même organe, parce que on la sent céder sous une pression soutenue (1); le décubitus sur le dos est pénible et souvent impossible, la douleur augmente dans la toux, l'inspiration et quand les malades ont l'estomac plein et se couchent sur le côté gauche; la langue blanchâtre n'offre point la rougeur qu'on observe dans la gastrite; la fièvre est rarement très-forte.

Nous pensons que le médecin qui soupçonne une affection du pancréas doit par dessus tout porter son attention sur l'état des glandes salivaires et sur leur sécrétion. Fourcroy (2) avait déjà observé que dans les *obstructions* du pancréas, les glandes salivaires séparaient plus de salive que dans l'état naturel, et M. Jallat (3) rapporte qu'il a trouvé le pancréas augmenté de volume chez une jeune fille qui avait commis de nombreux écarts de régime, et qui avait, pendant plusieurs années, souffert d'une salivation très-abondante. Quelquefois, loin qu'il y ait augmentation dans la sécrétion de la salive, il y a au contraire diminution, et c'est cette circonstance qui aida M. Maria Gelcen (4) a établir son diagnostic dans un cas où d'autres médecins croyaient avoir affaire à un squirrhe du pylore. L'autopsie permit de reconnaitre la certitude du diagnostic de M. Gelcen. Ce cas a présenté aussi cette circonstance dont nous avons parlé un peu plus haut, savoir, la possibilité de sentir céder sous une pression assez forte la

(1) *Voyez* notre 3.e observation.

(2) *Art de connaître et d'employer les médicamens dans les maladies du corps humain.* Paris, 1785, in-12, T. II, p. 200.

(3) *Nouvelle Bibliothèque médicale.* T: II, p. 375.

(4) *Des sympathies des organes du corps humain.* Journal complémentaire. T. XI, p. 10.

tumeur formée par le pancréas, et ce signe, joint à la diminution de la sécrétion salivaire, permit à ce médecin de prononcer qu'il n'y avait point squirrhe du pylore.

Mais, et cette remarque nous paraît importante pour la thérapeutique des maladies du pancréas, faudra-t-il, dans tous les cas où il y aura vomissement d'un liquide analogue à la salive et des selles aqueuses, conclure qu'il y a inflammation de cette glande? Nous ne le pensons pas. En effet, la sécrétion d'un organe peut être augmentée sans que cet organe soit le siège d'une phlegmasie. Ainsi dans le diabètes, si on a rencontré quelquefois des traces d'inflammation dans les reins, bien plus souvent encore aucune lésion appréciable de ces organes n'a pu être découverte après la mort : et si MM. Cruveilhier (1) et Andral (2) n'ont pu apercevoir aucune trace d'inflammation dans les glandes salivaires, l'un chez un individu qui avait depuis long-temps un ptyalisme, et l'autre chez un homme mort pendant la salivation, n'en peut-on pas conclure que ces sécrétions abondantes des glandes salivaires et pancréatiques peuvent tenir à une autre cause qu'à l'inflammation?

Nous avons vu que le pancréas est susceptible des différentes altérations organiques que l'anatomie pathologique a fait connaître jusqu'à présent. Mais comment, pendant la vie, pouvoir distinguer la véritable nature de la lésion qu'on observe? Peut-il, par exemple, exister des signes assez tranchés pour qu'à leur aide il soit possible de distinguer un squirrhe de l'hypertrophie simple du pancréas, les kystes de cet organe de la dégénération graisseuse? Nous pouvons hardiment répondre par la négative, et affirmer même que long-temps encore la même obscurité règnera sur le diagnostic différentiel de chacune des transformations organiques de la glande pancréatique. Nous sommes donc

---

(1) *Compte rendu des travaux de la Soc. anatomique.* 1830, p. 29.
(2) *Anatomie pathologique.* T. I, p. 345.

dans l'impossibilité absolue de fixer, quant à présent, les signes qui appartiennent à telle ou telle lésion, et dans la nécessité de nous borner à une symptomatologie générale. Ajoutons que ce n'est pas seulement entre elles qu'il est difficile de distinguer ces diverses désorganisations, mais encore de ne pas les confondre avec celles d'autres organes voisins. Ainsi on les a confondues avec des squirrhes du duodénum et du pylore. Ainsi M. Ribes (1) dit qu'on a pris un squirrhe du pancréas pour un calcul du rein; ainsi Laenneo (2) a vu une altération de cette espèce simuler une phthisie pulmonaire. « J'ai vu plusieurs fois en consultation, dit ce médecin, avec mes confrères MM. Récamier et Richerand, une jeune dame qui semblait phthisique et fort avancée dans la maladie. J'affirmai constamment que les poumons me paraissaient sains, et effectivement ils furent trouvés tels à l'ouverture de son corps. La maladie était due à un squirrhe du pancréas accompagné d'un simple catarrhe. »

Ceci posé, voyons quels sont les symptômes que l'on rencontre le plus ordinairement dans les lésions dont il est question, et étudions-les l'un après l'autre. Ces symptômes sont : la douleur, la constipation, la diarrhée, la salivation, le vomissement, l'ictère, les tumeurs formées par le pancréas, et l'émaciation.

Douleur. — La douleur est un symptôme presque constant; mais elle varie beaucoup dans sa nature. Légère d'abord, elle ne consiste qu'en un sentiment de chaleur, puis d'une ardeur brûlante qui remonte le long de l'œsophage et est accompagnée d'une saveur aigre et de l'expuition d'un liquide âcre ou insipide (Rahn). Consulté à cette époque, le médecin serait porté à considérer cette

(1) *Diss. sur la néphrite.* Thèse. Paris, 1824. N.° 52, p. 23.
(2) *Traité de l'Auscultation.* T. I, p. 693.

douleur comme tenant à une simple gastrodynie (1); mais bientôt elle devient obtuse, profonde, et son siége est rapporté par les malades à la colonne vertébrale; quelquefois elle s'étend dans tout l'abdomen. Quelques malades la comparent à des pincemens, d'autres à des coups de couteau, d'autres enfin à des battemens sourds et très-incommodes. Chez beaucoup d'entre eux elle empêche la position verticale et même assise; elle rend très-douloureuse l'action de redresser le tronc et les oblige à se tenir courbés; chez quelques-uns elle se renouvelle plus souvent la nuit que le jour et est en même temps plus vive; ce qu'il faut peut-être attribuer à la position. Chez un homme, dont l'observation est consignée dans la *Gazette de santé* (2), il exista d'abord une espèce de barre transversale et douloureuse qui fut plus tard remplacée par des douleurs atroces que ne put calmer l'opium, qui étaient toujours plus vives après les évacuations, et revenaient, pour ainsi dire, périodiquement, pendant la nuit, et avec plus de violence que pendant le jour. Mais son caractère principal c'est d'être profondément située vers la colonne vertébrale, et ce caractère n'a point échappé à Chopart (3), qui a avancé que le *mal de reins*, ou le lumbago, reconnaît souvent pour cause une affection du pancréas. Il a trouvé cet organe squirrheux chez un individu qui s'était plaint de lumbalgie. Dans un cas où de semblables douleurs avaient

(1) Dans le cours de ce travail nous sommes, à plusieurs reprises, revenus sur la fréquence, comme symptômes des maladies du pancréas, du pyrosis et de la gastrodynie, et l'importance que nous y avons attachée se trouve confirmée par deux faits récemment publiés, et dans lesquels la gastrodynie fut le symptôme prédominant. (*Archives de Médecine*, 1836, 2.e série. T. X, p. 239).

(2) 1824. Numéro de septembre, p. 215.

(3) *Maladies des voies urinaires.* Paris, 1821; in-8.o T. I, p. 113 et 118.

existé, Bartholin a trouvé un abcès au centre de cette glande. Chez un malade atteint d'une dégénération du même organe, nous avons vu que M. Andral observa des douleurs intolérables dans la région dorsale, douleurs qui s'irradiaient dans la partie gauche de la poitrine, et venaient, après avoir parcouru tout l'abdomen, s'éteindre dans la région de la rate.

Constipation, Diarrhée. — Ces deux symptômes sont tellement liés à l'existence des lésions organiques du pancréas, que dans toutes les observations que nous avons lues, nous les avons rencontrés et vus se succéder alternativement. Le plus ordinairement une constipation opiniâtre se manifeste d'abord, puis apparaît ensuite une diarrhée de matières muqueuse et offrant quelquefois tous les caractères du liquide salivaire ou pancréatique. Cette diarrhée, nous ne l'avons jamais vue accompagnée de coliques ou de douleurs particulières, ce qui peut servir à la faire distinguer de celle qui tient à une entéro-colite. Elle a toujours lieu dans les derniers temps de l'existence des malades, alors même qu'elle n'a pas existé primitivement. Abercombie (1) cite un cas remarquable sous ce rapport. Nous croyons inutile de revenir ici sur le symptôme que le docteur Bright a indiqué et sur lequel nous nous sommes déjà expliqués.

Vomissement. — Dans le commencement, chez beaucoup de malades, il y a chaque matin vomissement d'un liquide plus ou moins analogue à la salive. Ce symptôme a été observé par Heinecken et par nous-même. Plus tard ces vomissemens deviennent continuels, et aux matières vomies se joignent de la bile, et les alimens en totalité ou en partie. Dans un cas, Juppin a observé pour tout symptôme un vomissement opiniâtre ; c'est ce qui a lieu surtout dans les cas où le pancréas hypertrophié comprime le duodénum et le pylore. Quelques auteurs, et Dœring, cité par

(1) *Loc. cit.*, p. 245.

M. Béeourt (1) prétendent même que dans les affections des deux derniers organes, les vomissemens sont moins constans et moins rebelles que dans les affections du pancréas. Ceci cependant n'est pas constant, et nous avons cité une observation où le duodénum était presque complètement fermé et l'estomac très-dilaté, sans qu'il y eût eu de vomissement.

Salivation. — Ce symptôme, fréquent dans l'inflammation aiguë, s'observe aussi dans les affections chroniques du pancréas. Plusieurs des observations que nous avons rapportées constatent ce fait. J.-P. Frank (2) a vu un individu réduit au marasme par un squirrhe du pancréas, rejeter par jour 6 livres de salive. Nous avons également vu que le malade dont le docteur Mazeau nous a transmis l'histoire, et qui succomba à un cancer du pancréas, eut une salivation très-abondante et horriblement fétide. Ce symptôme fut également observé par M. Force sur un malade qui succomba à une dégénération cartilagineuse du pancréas, et à ce sujet M. Berthomieu (3) fit observer à la Société de médecine pratique que la salivation était un des symptômes les plus constans des affections de cet organe. Même opinion est professée par M. Polinière (4), médecin distingué de Lyon, qui dit l'avoir toujours observé dans les affections organiques du pancréas. Nous ajouterons que les vomissemens sont quelquefois précédés d'une salivation abondante. Entr'autres médecins qui ont observé cette particularité, nous citerons M. Maria Gelcen (5), qui, appelé auprès d'un individu qu'il soignait depuis quelques

---

(1) *Loc. cit.*, p. 77.

(2) *De curandis hominum morbis Epitome.* Ticini Regn., 1792 ; in-8.° T. V, p. 87.

(3) *Journal de Corvisart.* T. XXXIII, p. 344.

(4) Tavernier, *Réflexions sur l'anat. path.* Thèse. Paris, 1834, N.° 88, p. 14, note.

(5) *Journal complémentaire.* T. XI, p. 12.

temps d'une affection chronique du pancréas, le trouva dans des angoisses terribles, et rendant de pleines gorgées de salive qui précédaient le vomissement de quelques matières à peine altérées. Ces gorgées de salive avaient toujours été les avant-coureurs ordinaires des vomissemens. Disons aussi que dans les deux seuls cas de squirrhe du pancréas que sa pratique lui a fournis, Brera (1) a observé un hoquet très opiniâtre qui survenait après l'ingestion des alimens, et qui diminuait aussitôt après un vomissement spontané.

Tumeur.—Lorsque le pancréas a acquis un volume assez considérable, le toucher peut faire reconnaître une tumeur profondément située entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, circonscrite, immobile et presque toujours plus ou moins sensible à une forte pression. C'est surtout dans les cas où elle était volumineuse que l'on a observé l'impossibilité de redresser le tronc, et même de garder le décubitus sur le dos (Crampton). Dans un cas (Sewal) il y eut d'abord gouflement des parotides, et celui-ci venant à disparaître subitement, une tumeur se montra dans la région épigastrique. Cette tumeur peut en comprimant les canaux biliaires donner lieu à l'ictère, ou à des vomissemens abondans et continuels de bile, quand la portion inférieure du duodénum se trouvant fortement comprimée ne peut plus permettre l'écoulement de ce liquide dans les intestins. Cette tumeur peut être soulevée par l'aorte et présenter des mouvemens d'élévation et d'abaissement, ou bien encore offrir des battemens isochrones à ceux du pouls, comme dans l'observation que nous avons rapportée, et où l'artère splénique était comprise dans la masse formée par le pancréas dégénéré.

Emaciation. — Dans les affections qui nous occupent, l'amaigrissement survient de bonne heure, et est quelque-

(1) *Sylloge opusc. select.* Ticini, 1798; in-8.° T. II, p. 125.

fois accompagné d'un véritable état d'anémie, ce qu'il faut attribuer à ce que la chylification est imparfaite par suite de l'absence ou de l'altération du liquide pancréatique. Pemberton dit (1) même que l'on observe constamment une émaciation plus considérable que dans des affections chroniques des autres organes abdominaux.

Traitement. — Dans le traitement des affections du pancréas comme dans celui des maladies de tout autre organe, la première indication qui se présente consiste à éloigner les causes qui les ont produites, ou au moins chercher à atténuer leur influence. De ce que nous avons exposé en cherchant à déterminer celles de la pancréatite aiguë et chronique, découlent donc des préceptes thérapeutiques importans, mais que le lecteur aura trop bien saisis, pour qu'il soit nécessaire de revenir ici sur ce point, et nous allons, autant du moins que l'expérience le permet, établir ce qu'il convient de faire lorsque la phlegmasie est développée.

Lors donc qu'on aura à combattre une pancréatite aiguë, on devra recourir à un traitement antiphlogistique, et mettre en usage les émissions sanguines générales et locales, le repos, une diète sévère, des boissons rafraîchissantes, des bains, des cataplasmes émolliens, des lavemens mucilagineux, etc., etc. Les saignées générales ne peuvent être utiles ici que dans les cas où on a affaire à un individu très-fort et très-pléthorique : alors elles favorisent les bons effets des saignées locales qu'il faut répéter aussi long-temps que les symptômes persistent. Nous avons vu que par ces moyens on avait obtenu la résolution de plusieurs pancréatites. On n'a point fait usage dans les observations que nous avons rapportées des ventouses scarifiées, mais il est probable que leur action serait plus énergique que celle des

(1) *A Practical treatise on various diseases of the abdominal viscera.* Londres, 1807; in-8.°, p. 166.

sangsues, et nous pensons qu'on devrait y avoir recours. Les légers minoratifs ont.paru, dans quelques cas, contribuer à la guérison, surtout alors que l'inflammation avait été diminuée par les antiphlogistiques. C'est alors aussi qu'on peut recourir aux vésicatoires appliqués sur la région épigastrique. Si, comme dans le cas que nous a communiqué le docteur Roboüam, une parotide, venant à disparaître subitement, était remplacée par quelques symptômes d'irritation du pancréas, il ne faudrait pas hésiter à appliquer un vésicatoire sur la glande primitivement affectée. Nous avons vu que Schmackpfeffer a une fois tenté ce moyen avec assez de succès. Harles a employé l'élixir acide de Haller, et attribué à ce remède des vertus toutes particulières. Il vante également ce remède contre la phthisie pancréatique, contre laquelle il préconise en outre l'ammoniaque. Enfin on pourrait tâcher de produire une diaphorèse abondante, puisque nous avons vu une pancréatite jugée par des sueurs. (Obs. 2.e)

Quant au traitement des phlegmasies chroniques et des altérations organiques du pancréas, on est trop souvent réduit à des moyens palliatifs. On s'attachera donc à combattre, par les remèdes appropriés, les symptômes qui présenteront le plus de gravité, comme le voulait Pemberton, qui recommandait particulièrement dans ces cas le régime végétal et lacté. Les moyens dont il a déja été question, trouveront encore ici leur application. Mais ce sera surtout sur les révulsifs extérieurs qu'il faudra compter le plus. Ainsi nous avons vu l'emploi des vésicatoires appliqués sur l'épigastre, procurer constamment de l'amélioration aux malades (Percival, Sewal). Les moxas dont l'action est la plus énergique devraient, ce nous semble, leur être préférés, Le docteur Berlioz (1) dit que les

(1) *Mém. sur les maladies chroniques, les évacuations sanguines et l'acupuncture.* Paris, 1816, in-8.°, p. 115.

masticatoires et les frictions mercurielles sont des moyens de guérison pour les engorgemens du pancréas: et nous ne savons sur quels faits ce médecin s'appuie pour parler ainsi, mais nous pensons que ce n'est qu'avec la plus grande réserve que l'on doit, dans des cas de cette nature, avoir recours aux préparations mercurielles. Ce que nous avons dit sur les causes probables de certains cas de maladies du pancréas explique assez cette réserve. Sur quoi se fonde encore cet auteur pour dire (1) que l'opium donné à hautes doses peut non seulement calmer les douleurs du squirrhe du pancréas, mais encore le rendre stationnaire. Il faut, dit-il, en porter la dose jusqu'à dix grains dans l'intervalle de peu d'heures. Quand on émet ainsi des idées que repoussent également et la théorie et l'expérience, il faudrait au moins citer les faits sur lesquels elles reposent.

Nous nous bornerons à l'indication de ces moyens, parce que ce sont les seuls dont l'expérience ait, jusqu'à présent, constaté, nous ne dirons pas les succès, mais au moins l'utilité dans quelques cas. Espérons qu'à mesure que les maladies du pancréas seront étudiées avec plus de soin et mieux connues, leur thérapeuthique deviendra plus positive et plus efficace.

Bibliographie.

Alberti (Salomon). *De morbis mesenterii et ejus quod παγκρεας vocatur, de ardore stomachi et de singultu.* Wittemberg, 1578, in-8.

Wirsung. J. G. *Icon ductûs pancreatis.* Padoue, 1642, in-folio.

Graef, Regnier de. *Traité de la nature et de l'usage du suc pancréatique, où plusieurs maladies sont expliquées, principalement les fièvres intermittentes.* Paris, 1666, in-12, fig.

Swalwe (B.) *Pancreas pancrene.* Amsterdam, 1667, in-12.

Barthold (Hermand). *Disp. de pancreate et ejus usu.* Jéna, 1669, in-4.

Dorsten (Jean-Daniel). *Diss. de pancreate ejusque usu noviter detecto.* Marbourg, 1675, in-4.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 142.

Pechlin. *Experimenta nova circà pancreas.* Amsterdam, 1683, in-8.

Focki (Jacq. Ign). *Disp. de pancreate.* Vienne, 1692.

Franken. (G.) *Disp. de pancreate.* Leyde; 1700, in-4.

Hoffmann. (J. M.) *De pancreate.* Altdorf, 1706, in-4.

Brunner. (J. C.) *Experimenta nova circà pancreas.* Leyde, 1721, in-12, fig.

Beher. (G. H.) *De pancreate et ejus liquore.* Strasbourg, 1730, in-4.

Ulot. (H.) *Diss. de pancreate.* Leyde, 1733, in-4.

Wecher. (J. Christ.) *De conditionibus pancreatis materialibus.* — Recus. in Brera, *Sylloge selectorum opusculorum.* T. VII, p. 224.

Orville. (Ph. d') *De fabricâ et usu pancreatis.* Leyde, 1745, in-4.

Anselm. *De pancreate.* Leyde, 1766, in-4.

Rahn. (J. R.) *Diagnosis scirrhorum pancreatis observationibus anatomico-pathologicis illustrata.* — Recus. in Brera, *Sylloge selct. opusc.* T. II, p. 99.

Sewal. *An Essay on the diseases of the pancreas in the medical and physical Journal.* T. XXXI, p. 94.

Pemberton. *On diseases of the pancreas.* — In *the Practical treatise on various diseases of abdominal viscera.* Londres, 1807, in-8., 2.e édition.

Harles. (C. F.) *Ueber die Krankheiten des Pankreas.* Nuremberg, 1812, in-4., 78 p.

Schmackpfeffer. *Observationes de quibusdam pancreatis morbis.* Halle, 1817, in-4.

Percival. *On the diseases of the pancreas* in *Trans. of the association of physicians in Ireland.* 1818. T. II, p. 130.

Tiedemann. (Fred.) *Sur les différences que le canal excréteur du pancréas présente dans l'homme et les mammifères.* (Journal complémentaire. 1818. T. IV, p. 330).

Abercrombie. (John). *Contributions to the pathology of the stomach, the pancreas and the spleen.* The Edinburgh med. and surg. Journal. 1824. T. XXI, p. 243.

Bécourt. (J. Gust.) *Recherches sur le pancréas, ses fonctions et ses altérations organiques.* Thèse. Strasbourg, 1830, in-4., fig. 81 pp.

Bright. (R.) *Cases and observations connected with disease on the pancreas and duodenum.* In London medico-chirurgical Transactions; T. XVIII, part. I. — Extrait dans les *Arch. de Médecine*, 2.e série. T. IV, p. 482.

Bigsby. *Symptomatologie et diagnostic des maladies du pancréas*, (en anglais) *The Edinburgh med. and surg. Journal*, juillet 1835. — Extrait dans les *Archives de Médecine*, 2.e série. T. IV, p. 482.

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards; faites à la Salpêtrière, par MM. Hourmann, *agrégé de la Faculté, médecin du Bureau central, et* Dechambre, *interne des hôpitaux.* (5.e et dernier Mémoire).

Pneumonie des vieillards. (2.e Partie) *Symptomatologie. Symptômes généraux.*

Nous arrivons à l'étude des diverses réactions sympathiques que provoque la pneumonie chez les vieillards. Le premier fait à noter, c'est l'obscurité qui, sous ce rapport encore, tend souvent à envelopper le diagnostic, et nous rappellerons à ce propos les observations que nous avons déjà citées dans notre dernier Mémoire (*voy.* le N.° précédent, p. 35), à l'article *Invasion.* On voit que l'inflammation du poumon peut atteindre son plus haut degré et même entraîner la mort, sans que l'état général de l'organisme manifeste, pour ainsi dire, la moindre atteinte.

Les désordres sympathiques de la pneumonie, chez les vieillards, présentent d'ailleurs des traits qui complètent le tableau *spécial* qu'offre la maladie à cet âge.

1.° Il est très-rare que la pneumonie parcoure ses périodes sans dérangement des facultés intellectuelles. C'est communément à la période de suppuration du parenchyme qu'on l'observe; mais souvent le trouble de l'intelligence éclate beaucoup plus tôt. Ce trouble peut consister en un véritable délire fugace ou continu, tranquille ou agité, habituellement plus fort et plus bruyant aux approches de la nuit; plus souvent, et ce caractère est particulier aux vieillards, ce n'est pas une perversion, mais un simple

affaissement des facultés cérébrales. Sans qu'il y ait déraison dans les paroles, ni extravagance dans les actes des malades, ils sont dans un état d'hébétude remarquable. Ils comprennent à peine les questions les plus simples; la mémoire des événemens les plus récens leur échappe; il est impossible d'obtenir un compte exact de ce qu'ils éprouvent; ils restent taciturnes et salissent leur lit sans s'en apercevoir. Il importe de distinguer cet état de *l'adynamie* proprement dite, car il peut se lier à l'intégrité complète de l'action musculaire et à la réaction fébrile la plus franche.

La disposition mentale où se trouvent les malades imprime à leur physionomie une expression indéfinissable, mais qui frappe et qu'on n'oublie plus. On est loin d'observer aussi souvent que chez l'adulte la coloration rouge des pommettes, et ces mouvemens alternatifs de dilatation et de resserrement des ailes du nez qui décèlent la gêne de l'hématose dans les poumons enflammés. La face prend bien plus ordinairement un aspect comme terreux; les narines se sèchent et s'obstruent par une sorte de pulvérulence que tamisent et retiennent les poils déliés qui garnissent leurs orifices.

Nous devons dire que le mode particulier de trouble intellectuel sur lequel nous venons d'insister, s'observe dans un grand nombre d'autres maladies chez les vieillards; mais c'est aux approches de l'agonie, et alors il constitue un signe funeste; tandis qu'ici il se montre à une époque très-rapprochée du début, n'implique pas même, comme nous l'avons dit, l'état adynamique, et n'a plus une importance égale pour le pronostic.

Quand il arrive, dans des cas qu'on peut considérer comme exceptionnels, que les facultés restent intactes, ou ne se dérangent qu'à de courts instans, la céphalalgie est à-peu-près constante, il s'y joint quelquefois des étourdissemens.

2.° L'influence sympathique exercée sur les fonctions du tube digestif par la pneumonie, chez les vieillards, est généralement beaucoup plus prononcée que chez l'adulte. Elle se manifeste, soit par une constipation opiniâtre, soit par une diarrhée qui tantôt se déclare d'emblée, et tantôt remplace la constipation. La diarrhée s'observe surtout à un degré avancé de la pneumonie, et tend plus que chez l'adulte à s'établir d'une manière permanente après l'emploi des purgatifs.

L'examen de la langue mérite une attention particulière. Elle n'offre presque jamais le développement rouge des papilles, moins rarement on la trouve blanchâtre et collante; mais le plus souvent elle est sèche et racornie. Fendillée dans tous les sens, tantôt sillonnée de plis longitudinaux dus à une espèce de froncement de son épithélium desséché; quelquefois large et plate, d'autres fois ramassée ou pointue, elle est lisse et d'une rougeur uniforme plus ou moins foncée; ou bien brune et même noirâtre, elle est recouverte d'un enduit fuligineux qui se répand parfois sur les gencives et jusque sur les lèvres. Ici encore nous devons prévenir que l'état typhoïde n'est nullement décidé par ces divers aspects de la langue qui s'observent dans les pneumonies dont la marche est d'ailleurs la plus régulière.

3.° Les sécrétions glandulaires ne subissent pas de modification très-remarquable. Le seul fait que nous ayons à noter sur ce point, c'est que nous avons vu un certain nombre de vieilles femmes être prises, dans le cours d'une pneumonie, d'un besoin fréquent et irrésistible de rendre leur urine, sans qu'il y ait eu d'ailleurs augmentation bien sensible de la quantité absolue de ce fluide.

4.° *Etat de la peau et du pouls.* — On sait que dans beaucoup de circonstances, les désordres du pouls ne peuvent suffire à caractériser le mouvement fébrile, et l'étymologie seule du mot *fièvre* dit assez que ce mouvement a dû primitivement se mesurer sur le degré de température du

corps perceptible au toucher. Ce n'est pas ici le lieu de préciser le véritable sens attaché aujourd'hui à cette expression *fièvre*, après l'extension qu'on lui a fait subir ; mais ce que nous voulons établir, c'est que cette insuffisance de l'état du pouls à la détermination de la fièvre, se fait particulièrement sentir dans la pneumonie du vieillard, et nous allons voir qu'il s'en faut aussi que, dans ce cas, l'état de la peau se mette toujours en rapport avec la nature et la gravité du désordre intérieur.

Nous poserons d'abord un fait général, savoir : que ces quatre phénomènes, *force*, *plénitude du pouls*, *chaleur*, *moiteur de la peau*, phénomènes si importans chez l'adulte qu'on les a regardés presque comme inséparables de l'inflammation du poumon, ne se présentent que très-rarement réunis dans la pneumonie du vieillard, d'où résulte habituellement la plus grande discordance entre l'état du pouls et celui de la peau.

Relativement au pouls on devra, en le consultant, tenir compte, avant tout, de ce que nous avons dit (2.e Mémoire) de sa fréquence habituelle chez le vieillard ; pour que cette fréquence soit morbide, il faudra donc qu'elle atteigne au moins 90 pulsations.

Il en est assez souvent ainsi ; mais cette fréquence du pouls ne se manifeste dans un bon nombre de cas que plusieurs jours après l'invasion de la maladie, et dans d'autres, seulement à sa dernière période. Nous nous sommes assurés de ce fait sur des vieilles femmes prises de pneumonie sous nos yeux, et dont nous avions antérieurement bien étudié le pouls. Quelquefois encore le pouls, fréquent d'abord, redevenait ensuite normal, et tandis que chez l'adulte ce retour à une régularité apparente de la circulation dans le cours de l'inflammation pulmonaire, atteste le plus souvent l'affaissement des forces, et marque les derniers momens de la vie, chez le vieillard, au con-

traire, nous l'avons observé à toutes les époques de la maladie et à tous ses degrés.

La force du pouls est un symptôme encore moins constant que sa fréquence. Nous l'avons trouvé petit dès le début, chez beaucoup de malades. La force et la fréquence ne s'excluent pas nécessairement ici; toutefois ce dernier accident du pouls se lie à-peu-près toujours à la faiblesse.

L'irrégularité du pouls est un phénomène plus commun dans la pneumonie des vieillards, et une circonstance à remarquer, c'est qu'on l'observe plus souvent encore dans l'engouement passif du poumon que dans son inflammation franche. On peut la voir naître et cesser alternativement avec l'engorgement du parenchyme. Dans ces cas, l'*intermittence* est le principal mode d'irrégularité qui affecte le pouls, et alors il y a souvent ralentissement notable des pulsations. Quand le pouls est fréquent, son irrégularité affecte tous les modes.

Au reste, pour que, soit la force, soit l'irrégularité du pouls, aient une véritable valeur, il faut avoir assisté à leur développement, car l'un et l'autre de ces symptômes peuvent se lier et se lient souvent en effet chez le vieillard à une maladie organique du cœur.

Pour ce qui est de l'état de la peau relativement à sa chaleur et à sa moiteur, nous trouvons, comme pour le pouls, de nombreuses variations. Le plus ordinairement la peau est chaude et sèche, et peut garder ce caractère jusqu'aux approches même de l'agonie, puis elle se refroidit et tantôt alors elle reste sèche, tantôt, ce qui est plus rare, elle se couvre d'une sueur humide qui devient quelquefois poisseuse. Dans d'autres cas, la peau présente son *état naturel* pendant tout le cours de la maladie. Enfin, nous l'avons vu se couvrir de moiteur sans que sa température fût augmentée.

En résumé, si l'on réfléchit à toutes ces observations

fournies par l'état du pouls et celui de la peau, et si, de plus, on y joint la discordance qui existe si souvent entre ces deux sources de signes, la peau pouvant n'éprouver aucun changement dans sa température quand le pouls a pris un excès de fréquence et de force, *et vice versâ*, on ne cessera de reconnaître combien, dans l'histoire de la pneumonie des vieillards, les phénomènes diffèrent à chaque instant de ceux que l'étude de l'adulte semblait devoir rattacher le plus invariablement à cette maladie.

Les divers troubles que suscite sympathiquement l'inflammation du poumon chez le vieillard, et que nous venons d'analyser, examinés dans leur ensemble, se groupent en plus ou moins grand nombre, et joints à quelques autres d'un nouvel ordre, présentent un appareil morbide susceptible de revêtir les trois formes principales du mouvement fébrile continu, savoir : la forme inflammatoire, l'adynamique et l'ataxique.

La première forme, celle dite *inflammatoire*, est très-rare, comme on peut en juger d'après ce qui a été été dit.

La forme adynamique est plus commune. C'est aussi celle que généralement on signale. Toutefois elle offre plusieurs nuances, et la question mérite d'être examinée avec soin. Nous avons déjà présenté plus haut la distinction importante qui doit être faite entre l'état d'abattement des facultés intellectuelles qu'entraîne presque nécessairement l'inflammation du poumon chez les vieillards, et la prostration de l'état *adynamique* proprement dit. Nous avons également insisté sur une distinction semblable à faire, à propos des désordres des voies digestives et des altérations d'aspect de la langue en particulier, point bien digne d'attention sous le rapport du pronostic, et surtout sous celui des indications thérapeutiques.

La forme réellement adynamique de la pneumonie des vieillards offre elle-même deux variétés.

Dans la première, le début de la maladie ne présente

rien de spécial. Il peut être aigu ou latent ; plus souvent il est latent. Mais à mesure que la pneumonie fait des progrès le malade tombe dans une prostration extrême ; la peau est chaude, sèche, la face est très-colorée, les lèvres se couvrent de fuliginosités, l'intelligence devient complètement obtuse. Il peut n'y avoir aucun symptôme du côté du tube digestif. Ce qui impose surtout ici le cachet adynamique, c'est l'annihilation de l'action musculaire et la dépression progressive du pouls, qui finit souvent par disparaître dans les derniers momens. C'est là la pneumonie *adynamique* que les auteurs ont décrite, et dont ils entendent seulement parler quand ils disent qu'elle est très-fréquente chez les vieillards.

Mais il existe une autre variété bien différente, qu'on peut dire *essentiellement typhoïde*, qui n'a point été signalée d'une manière explicite, et dont l'un de nous a déjà exposé les principaux traits dans un travail publié dans *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (année 1834). Dans cette variété de la forme adynamique de la pneumonie des vieillards, les symptômes que nous venons de décrire se représentent ; mais, d'une part, ils sont précédés par ce mode particulier d'invasion, dont nous avons parlé (précédent mémoire. *Arch.*, N.° de septembre, p. 35), comme très-fréquent aux mois de mars et avril, et marqué par l'angine, du coryza, des épistaxis, de la céphalalgie occipitale, des étourdissemens, du délire, et une faiblesse musculaire telle que les malades ne peuvent se tenir debout, alors même que l'inflammation du poumon est à peine commencée. D'autre part, ces symptômes d'adynamie sont presque toujours accompagnés de désordres du côté des voies digestives, ballonnement du ventre, diarrhée, nausées ; vomissemens, soit au début, soit surtout dans le cours de la maladie. Le système nerveux paraît avoir reçu de profondes atteintes. Des douleurs vives se font souvent sentir dans un ou plusieurs points

du corps, et plus spécialement dans les mollets, les talons. Quelquefois la plus légère pression des parois abdominales provoque des plaintes aiguës que rien à l'autopsie ne vient expliquer. C'est dans cette variété qu'on observe ces points de côté qui s'irradient jusque dans les fosses iliaques, et tellement douloureux qu'ils s'exaspèrent vivement par le simple toucher du sein. A l'autopsie, des noyaux d'apoplexie sanguine sont mêlés à l'hépatisation, et c'est surtout alors qu'on rencontre cet *état pultacé* que M. Andral assigne à la lésion du poumon dans la fièvre typhoïde. On trouve en même temps du sang extravasé dans les tuyaux bronchiques; des ecchymoses souvent très-profondes et très-larges occupent encore une foule de points du tissu cellulaire. La rate est ordinairement volumineuse, le foie gorgé de sang; les intestins présentent de nombreuses traces d'inflammation saisissables par la rougeur et le ramollissement de la muqueuse, et dans plusieurs cas nous avons trouvé un développement anormal sans *ulcération* des plaques de Peyer, et plus souvent des glandes de Brunner. Le cerveau est presque toujours dans un état de congestion. On voit combien cette seconde variété de la pneumonie adynamique, qui mériterait mieux le nom d'*ataxo-adynamique*, est différente de la première.

Celle-ci, beaucoup moins fréquente que ne paraissent le croire les auteurs, ne s'observe ordinairement que chez les vieilles femmes qui ont conservé un embonpoint prononcé, et dont nous avons formé notre première catégorie, et le mouvement fébrile de forme inflammatoire précède généralement la forme adynamique. L'adynamie dans ce cas est véritablement le résultat des forces épuisées, *oppressio virium*, et c'est l'occasion d'apprécier au juste la valeur séméiotique des fuliginosités de la muqueuse buccale qui n'indiquent, en définitive, qu'une altération du mucus par une exsudation sanguine, suite du trouble de la circulation, et le contact de l'air que répète ici l'embarras de la respiration.

La pneumonie ataxo-adynamique, ou *essentiellement typhoïde*, s'observe presque exclusivement aux mois de mars et d'avril. Elle sévit sur les vieilles femmes de tous les types. Bien plus, elle ne se borne point aux vieillards ; les jeunes filles infirmes que renferme la Salpétrière en sont quelquefois atteintes. Chez ces dernières seulement la prostration est moins grande, mais les désordres du système nerveux sont plus tranchés, en d'autres termes la forme ataxique l'emporte sur l'adynamique.

Quand on cherche à retrouver à la Salpétrière la fièvre adynamique que Pinel a présentée comme endémique dans cet hospice (Voy. *Nos. phil.*, p. 138, 5.e éd., et *Méd. clin.*), l'on est bientôt convaincu que cette fièvre n'est autre que la variété de pneumonie que nous venons d'examiner et qu'il a méconnue. C'est surtout dans les phénomènes d'invasion qu'il signale, que nous voyons les traits de notre tableau. Ce sont aussi les mêmes dispositions chez les vieillards atteints. Dans les épidémies que décrit Pinel, comme dans celles dont nous avons été témoins, c'était toujours les vieilles femmes qui gardent le lit qui étaient particulièrement frappées, etc.

Si maintenant on considère par combien de points de contact la pneumonie *typhoïde* des vieillards touche aux fièvres *essentielles*, ou si l'on veut *primitives*, dans sa cause déterminante la plus active (une constitution atmosphérique spéciale qui étend son action même sur les jeunes sujets), dans sa physionomie symptomatique et sa marche qui semblent se maintenir complètement en dehors de l'influence de la lésion locale, et jusque dans les caractères anatomiques (épanchemens apoplectiformes des poumons, ecchymoses du tissu cellulaire, inflammation de l'intestin, etc.) ; si, disons-nous, on tient compte de toutes ces considérations, on concevra aisément que la phlegmasie pulmonaire ait échappé à Pinel, à une époque où la sentence de Baglivi sur les maladies des poumons avait

encore toute sa force, et au milieu de préoccupations d'esprit qui détournaient alors des investigations sévères de l'anatomie pathologique.

Nous venons de voir quels graves désordres peuvent signaler la pneumonie des vieillards; mais dans un très-grand nombre de cas, cette inflammation ne diffère de ce qu'on observe chez l'adulte que par l'absence ou le peu d'intensité des symptômes généraux.

La pneumonie *intervésiculaire* ue paraît pas devoir se distinguer de la pneumonie vésiculaire par les symptômes généraux plus que par les troubles locaux. Cependant d'après le relevé de nos dix-huit cas, nous ne trouvons pas une observation où la réaction ait été intense. Le cours de la maladie a été constamment marqué par la langueur qui a signalé le début. Une sorte de suffusion séreuse avec pâleur des tégumens, surtout dans les derniers temps, n'est pas rare. Un fait maintenant assez remarquable, c'est que, dans aucun cas d'adynamie *réelle*, nous n'avons trouvé la forme *intervésiculaire* de l'inflammation.

Etat du sang. — Un des traits spéciaux les plus remarquables de la pneumonie des vieillards, est fourni par l'état du sang. L'existence de la *couenne inflammatoire* est partout considérée comme un caractère à-peu-près immuable encore, dans l'inflammation des poumons, au point qu'on a avancé que le nom de couenne *pneumonique* lui conviendrait beaucoup mieux comme désignation générique, que celui de couenne *pleurétique* qui lui est généralement affecté. Nous n'avons pas à examiner de quelle exactitude serait cette dernière dénomination soumise à l'observation chez les vieillards; mais à coup sûr celle de couenne *pneumonique* n'est pas étayée par les faits recueillis dans le cours de l'inflammation des poumons à cet âge. Ce n'est, en effet, que dans la minorité des cas, que la pneumonie s'accompagne de l'état couenneux du sang. Sur vingt-quatre saignées pratiquées chez des sujets qui succombèrent, le

sang ne fut couenneux que huit fois. Il le fut neuf fois sur 23 saignées suivies de guérison; en somme, 17 fois sur 47 saignées.

Dans les 17 cas où s'était montrée la couenne inflammatoire, le début avait été latent une fois et 15 fois aigu. Une fois il n'avait pu être déterminé.

Dans les trente cas où la couenne avait manqué, le début avait été 11 fois latent et 18 fois aigu; une fois encore sa forme ne fut pas notée. D'où il suit que l'état couenneux du sang se lie manifestement plus fréquemment à la forme aiguë, c'est-à-dire, au mode le plus franchement inflammatoire de la maladie.

Cette absence de la couenne du sang ne doit peut-être pas être rattachée en entier à sa disposition organique. On sait avec quelle force le sang s'échappe de la veine chez les pneumoniques adultes en proie ordinairement à une réaction intense. Chez le vieillard, au contraire, cette réaction est si faible ou du moins si courte, que le plus souvent le sang ne jaillit plus, mais sort en bavant de la veine, quoique largement incisée; or, cette circonstance est, comme on le sait, très-défavorable à la production de la couenne.

Du reste, les qualités physiques du caillot sont généralement tout-à-fait différentes de celles offertes par le sang couenneux. Le sang n'est pas rouge et ferme, mais tout au contraire mou et noir, ou verdâtre. Quelquefois même le sang ne se concrète pas; il prend une consistance demi-liquide analogue à celle de la mélasse, et dans la plupart des cas on peut noter la petite quantité ou l'absence complète de la sérosité.

Tous ces caractères du sang qu'on rencontre dans les pneumonies les mieux constatées, même par l'autopsie, sont, comme on le voit, ceux de l'asphyxie. Ils seront facilement compris si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la gêne qu'apporte naturellement à l'hématose la raréfaction de l'organe respiratoire, et l'oblitération des capil-

laires. et si l'on tient compte de l'étendue habituelle de la pneumonie des vieillards, ainsi que de la facilité avec laquelle se congestionnent consécutivement les parties déclives et encore perméables des poumons. Ne faut-il pas voir dans ce défaut d'oxygénation du sang, une des causes principales de la faiblesse de la réaction inflammatoire dont la pneumonie s'accompagne si souvent dans la vieillesse ?

Marche et durée de la pneumonie. — Après ce que nous avons dit plus haut sur les nombreuses variations que les symptômes présentent, soit dans leur intensité, soit dans leur enchaînement, nous n'avons à signaler, relativement à la *marche* de la maladie, qu'un seul fait qui soit spécial à la vieillesse; c'est la rapidité avec laquelle l'inflammation parcourt quelquefois ses périodes.

L'observation faite par M. Louis, de la marche rapide des inflammations chez les vieillards, est sur-tout applicable à la pneumonie.

Nous avons cherché quelle avait été la moyenne de durée dans nos 109 observations détaillées (préc. Mém., p. 27); mais nous devons dire de suite combien cette recherche offre d'incertitudes; d'abord parce que nos vieilles femmes, ne pouvant juger de la gravité de leur mal que par l'altération de leur santé générale, appréciation souvent trompeuse, ne viennent que trop tard à l'infirmerie, et ne peuvent donner que des renseignemens très-inexacts sur le début; en second lieu, parce que, comme on le verra, la pneumonie des vieillards a rarement une terminaison franche et entière à laquelle on puisse imposer une date. Voici cependant, après avoir relu et médité chacune d'elles, le résultat auquel nous sommes parvenus.

Sur nos 109 observativns bien détaillées, la durée moyenne de la pneumonie a été de 9 jours 7/10.

En considérant sous le même point de vue dans la *Clinique* de M. Andral, les observations de pneumonies relatives à des adultes, on trouve que la durée moyenne a été de 11 jours.

M. Chomel avec Laennec admet sept à vingt jours;

M. Bouillaud huit à douze jours, moyennant son traitement et la guérison.

On voit donc que chez le vieillard la marche de la pneumonie est constamment plus rapide que chez l'adulte. Mais il est curieux de voir qu'elle différence existe sous le rapport de la durée entre les pneumonies guéries et celles terminées par la mort.

Dans 33 observations relatives aux premières, la durée moyenne de la maladie fut de 14 jours 3/10, tandis que dans 76 relatives aux secondes, cette durée ne fut que de 7 jours 7/10.

Ce résultat sera surtout digne de remarque, si l'on considère que dans la première de ces deux séries, la pneumonie ne dépassa que six fois le premier degré, tandis que dans la seconde série tous les cas appartiennent aux deuxième et troisième degrés.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pneumonie des vieillards s'exerce sur trois points. Il s'agit de constater : 1.° *l'existence même de la maladie;* 2.° le degré auquel elle est arrivée; 3.° son siége précis. Il est bien entendu que nous n'avons à nous occuper que des difficultés spéciales qui peuvent naître de la spécialité des symptômes, et non des cas où l'affection se présente avec ses signes caractéristiques connus et bien évidens.

A. *Existence de la pneumonie.* — Nous apprécierons d'abord la valeur des signes rationnels.

1.° Nous n'avons rien à dire, sous ce rapport, de ces cas où manquent à-la-fois et les symptômes généraux et les signes tirés du trouble fonctionnel local (*V.* 4.° Mém. page 40), cas qui sans être très-communs, sont malheureusement loin d'être rares. Il est clair que les signes physiques peuvent seuls ici faire éviter l'erreur, et à ce sujet nous émettrons une proposition qui ne sera certainement contredite par aucun médecin qui aura pratiqué pen-

dant quelque temps à la Salpétrière, c'est que si l'on veut se mettre à l'abri de tout mécompte, il faut à chaque visite percuter et ausculter la poitrine de toutes les malades, quelles que soient d'ailleurs les affections qui aient nécessité leur entrée à l'infirmerie. Il n'y a presque pas de jour, l'hiver, où l'on ne constatera des congestions pulmonaires et même de véritables hépatisations, qu'aucun indice n'a pu faire soupçonner chez des femmes soumises cependant depuis long-temps à une observation quotidienne. Les erreurs qui nous sont échappées nous ont fait un devoir de ne plus négliger ces investigations, qui régleront désormais notre conduite auprès de tous les vieillards malades qui se confieront à nos soins.

2.° Dans d'autres circonstances, les troubles fonctionnels locaux (toux, dyspnée, point de côté, etc.), manquent encore, ou s'ils existaient auparavant, n'augmentent pas d'intensité (voy. *loco citato*, page 41) ; mais les malades n'ont plus d'appétit, le facies s'altère; il y a faiblesse, fièvre, malaise général et indéfinissable (page 35). Ces seuls symptômes, ordinairement si vagues, doivent déjà chez les vieillards attirer l'attention du côté des poumons, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, parce que ce sont les organes qui s'affectent le plus facilement; en second lieu, parce qu'une lésion *aiguë*, ayant son siège dans la cavité abdominale ou la cavité encéphalique, et assez *intense* pour abattre ainsi les forces et exciter un mouvement fébrile, se manifeste ordinairement par quelque désordre fonctionnel bien tranché (constipation opiniâtre, diarrhée, coliques, céphalalgie, délire, étourdissemens, etc.), tous symptômes que les malades ou les médecins ne laisseront point échapper; enfin parce que, de toutes les lésions aiguës observées chez les vieillards, c'est l'inflammation du poumon qui est le plus susceptible de porter une atteinte profonde à l'économie, sans donner lieu à des symptômes locaux bien déterminés.

Au reste, dans beaucoup de circonstances le médecin pourra réellement développer à volonté ces symptômes, ou du moins les rendre plus évidens. Ainsi il arrive quelquefois que la percussion éveille de la douleur dans un point du thorax qui correspond précisément à l'inflammation du poumon. D'autres fois, en faisant tousser ou même simplement parler les malades, on fait naître la dyspnée; mais c'est surtout par la pression abdominale qu'on obtient ce résultat. Ce moyen, que Bichat indiquait déjà, et qui a eté rejeté avec tant de dédain, nous paraît d'une application utile chez les vieillards, et ne doit point être négligé, la difficulté du diagnostic exigeant qu'on multiplie le plus possible les ressources de l'investigation. Plus d'une fois nous avons vu la pression de l'épigastre exercée pendant quelques secondes et d'une manière soutenue, rendre haletante une respiration qui auparavant n'offrait aucune accélération, et nous avons constaté une pneumonie. Cette pression, exercée sur des sujets non malades et beaucoup plus fortement, ne produisait qu'une gêne qui n'était en rien comparable à la dyspnée observée dans le premier cas.

3.° Quand les signes tirés des troubles fonctionnels locaux existent, leur valeur doit le plus souvent être appréciée différemment que chez l'adulte. La fréquence du point de côté n'indique pas nécessairement la complication de pleurésie, de même que son absence n'implique pas toujours celle de cette phlegmasie. (*voyez* 4.° Mém., p. 41); la toux, quand elle a le caractère saccadé, et qu'elle s'accompagne de ce gargouillement particulier dans l'arrière-gorge, que nous avons décrit (*ibid.*, p. 42), peut devenir, comme nous l'avons déjà dit, un signe important. Jointe à la prostration des forces, elle nous a suffi plus d'une fois pour annoncer une pneumonie chez des femmes que nous n'avions pas encore examinées; d'un autre côté, parmi les crachats sanglans, il en est qui sont loin d'avoir

une signification égale aux crachats de cette nature observés chez l'adulte ; tels sont ceux formés d'un mélange inégal de sang et de mucosités épaisses plus ou moins opaques. Ils sont quelquefois le simple produit d'une sécrétion des grosses bronches.

Si nous examinons maintenant les élémens de diagnostic fournis par l'auscultation, nous voyons qu'ils sont aussi très-souvent d'une application fort incertaine.

Tantôt la pneumonie ne se révèle que par un râle sonore dû à l'engorgement concomitant de la muqueuse bronchique, et ordinairement beaucoup plus étendu que ne l'est la portion de parenchyme enflammé (*ibid.*, p. 45) ; ou bien c'est un râle muqueux à grosses bulles (*ib.*, p. 46) : on pourrait alors penser qu'on n'a affaire qu'à une simple bronchite, d'autant plus que le retentissement de la voix manque le plus souvent dans ce cas.

Tantôt la pneumonie existant en arrière et en bas, et arrivée déjà à l'hépatisation, ne donne plus lieu à aucun bruit stéthoscopique (*ibid.*, p. 47), ou n'étant encore qu'à l'état de congestion, elle ne laisse entendre qu'une respiration *faible* et *rauque* (*ib.*, p. 45) ; alors il est facile de croire à l'existence d'un épanchement pleurétique lors même qu'il n'existerait pas de point de côté, et à plus forte raison s'il en existait. Cette source d'erreur peut se rencontrer, il est vrai, chez l'adulte comme chez le vieillard, mais ici elle est rendue plus facile par ces deux circonstances : que le retentissement de la voix a presque toujours chez les vieilles femmes le caractère égophonique (2.e Mém.), et que dans cette région du thorax il se fait souvent entendre au-dessus du niveau de la lésion (4.e Mém., page 47).

Tantôt, enfin (*ibid.*, pag. 49), le bord antérieur du poumon gauche hépatisé, s'interposant entre le cœur et les parois thoraciques, donne lieu à l'obscurité, à la confusion des battemens du cœur, et si on joint à ces signes

l'orthopnée, la jactitation, la faiblesse et l'irrégularité du pouls qui existaient dans ces cas, on aura tous les symptômes de la péricardite avec épanchement. Il est vrai que dans nos épanchemens on avait entendu le râle crépitant à la région précordiale; mais, d'une part, il n'a existé que dans les premiers jours, et l'on aurait pu n'en pas être témoin; d'autre part, nous savons combien ce symptôme manque fréquemment dans la pneumonie du vieillard. Aussi dans un cas où le cœur n'avait pas été recouvert, mais seulement poussé à droite par une pneumonie du lobe supérieur gauche (ainsi que cela fut remarqué à l'autopsie), les bruits du cœur étaient extrêmement obscurs, comme étouffés, et l'on n'entendait dans la moitié antérieure gauche du thorax que du ronchus qu'on aurait pu attribuer à une simple congestion sanguine consécutive à une maladie du cœur.

Au milieu de toutes ces difficultés, il n'existe plus qu'un seul moyen d'arriver au diagnostic, c'est la percussion.

Quelle que soit l'intensité des râles sonores et muqueux, si dans les points où ils se font entendre, la percussion constate que le son reste clair, il ne s'agit pas d'une pneumonie, mais d'une bronchite. Si elle constate, au contraire, *l'obscurité du son*, elle indique qu'indépendamment de l'engorgement des bronches d'où résulte ce râle bruyant qui fait taire tous les autres signes stéthoscopiques, le parenchyme pulmonaire est congestionné et qu'il y a pneumonie commençante. Enfin, dans quelqu'étendue que ces râles existent, si la percussion découvre au milieu d'eux un point tout-à-fait mat, elle fait ainsi toucher en quelque sorte le foyer du mal.

Dans le second cas cité tout-à-l'heure, où la pneumonie pourrait être confondue avec un épanchement pleurétique, la percussion ne trouve, dans les positions les plus diverses du corps, aucun changement dans le niveau de la matité, et comme il est rare que dans les épanchemens récens qui

ne remplissent pas la poitrine, les changemens de position du tronc ne déplacent pas ce niveau de la matité, on en devra conclure, malgré l'égophonie entendue au-dessus, qu'il s'agit encore d'un engorgement du parenchyme. D'ailleurs, si la pneumonie n'était qu'à l'état de congestion, la matité ne serait point assez prononcée pour qu'on puisse l'attribuer à un épanchement.

Quant aux chances d'erreur qui, sous le rapport de la percussion, pourraient résulter d'un emprisonnement de la sérosité dans des fausses membranes, elles n'appartiennent pas plus à la vieillesse qu'à l'âge adulte, et nous n'avons pas à nous en occuper.

Enfin, dans le cas où la pneumonie pourrait être confondue avec la péricardite, la percussion ne peut pas toujours rectifier les fausses données de l'auscultation, car à mesure que l'obscurité et la confusion des bruits du cœur augmentent, à mesure aussi la matité prend de l'extension à la manière de celle que produit un épanchement graduel dans le péricarde. Il serait donc impossible alors, si les signes rationnels ne fournissaient aucune lumière, et si le râle crépitant manquait, d'établir avec certitude le diagnostic. Mais dans l'observation citée plus haut, où le poumon gauche ayant refoulé le cœur à droite, l'auscultation donnait à-la-fois les signes d'une péricardite et ceux d'une simple congestion sanguine qu'on aurait pu croire consécutive, la percussion constatant d'emblée dans toute la moitié antérieure du thorax, une matité absolue, ce signe, joint à la marche aiguë des symptômes, suffisait pour établir sûrement l'existence de la phlegmasie pulmonaire, et permettre d'expliquer par elle les désordres du cœur.

Dans ce qui précède, nous avons essayé d'établir tout ce que l'appréciation des signes rationels et des signes physiques peut fournir de données positives pour le diagnostic de la pneumonie chez les vieillards. Quand ces données ne

peuvent s'acquérir, on peut encore *présumer* plus ou moins fortement l'existence de la maladie, soit par le mode d'invasion et la nature de la cause, soit par la gravité de l'atteinte portée à l'économie. Nous répéterons ce que nous déjà dit; l'inflammation des poumons est, chez le vieillard, la lésion aiguë qui est susceptible d'exercer l'influence générale la plus profonde. D'un autre côté, nous devons rappeler combien de fois encore cette influence est nulle, de telle sorte que les ravages intérieurs les plus étendus n'ont presque aucun retentissement au-dehors. Ce recours aux symptômes généraux n'est donc rien moins qu'une ressource assurée dans les cas obscurs.

B. *Degrés de la pneumonie.* — La pneumonie une fois reconnue, on ne peut juger du degré auquel elle est arrivée que sur les signes tirés, 1.° du caractère des crachats; 2.° des résultats de l'auscultation et de la percussion.

1.° Quand les crachats ne contenant pas de sang deviennent crêmeux et puriformes vers la fin de la maladie, cet aspect, quoique pouvant se rencontrer dans le simple catarrhe chronique, annonce ici presque à coup sûr le troisième degré, par cela même que cet aspect s'est montré graduellement et à mesure que s'aggravaient les autres symptômes. Quand les crachats contiennent du sang, ils ne peuvent plus aussi bien, par leurs modifications, exprimer les dégrés de la phlegmasie. Ils peuvent rester les mêmes jusqu'à la mort (4.° Mém., page 42); d'un autre côté, l'existence antérieure d'un catarrhe muqueux ou pituiteux peut donner tout d'abord au produit de l'expectoration l'aspect d'une solution de chocolat ou de jus de pruneaux. (*Ibid.*, page 44). Toutefois si, comme dans le cas qui précède, la formation de ces deux caractères est ici graduelle, ils acquièrent alors la même valeur que chez l'adulte.

2.° Les trois degrés peuvent n'être caractérisés que par le râle sonore ou le râle muqueux. Cependant on peut,

jusqu'à un certain point, juger par eux des progrès de l'inflammation, quand on a suivi leur développement, car leur intensité et leur étendue augmentent en général avec la phlegmasie. Le râle muqueux lié d'ailleurs à des symptômes caractéristiques de l'inflammation du poumon, quand il a pris en quelques jours une grande extension, en revêtant peu-à-peu le caractère du gargouillement, annonce ordinairement le troisième degré, alors même que la diminution ou la cessation du souffle tubaire tendrait à faire croire à une amélioration.

Ce souffle indique habituellement que la pneumonie est arrivée à l'hépatisation; mais il mérite moins de confiance quand il ne s'entend qu'à la racine des poumons (*V.* 4.e Mém., p. 47), à moins qu'il ne s'y joigne de la bronchophonie. On a pu voir (*ibid.*), que dans cette même région, le souffle caverneux accompagné d'un fort gargouillement circonscrit, est loin d'annoncer toujours la formation d'un abcès; il faudrait, de plus, qu'on entendît dans ce point une pectoriloquie bien évidente; car la simple bronchophonie, malgré l'intensité du gargouillement, pourrait n'indiquer que la co-existence d'une hépatisation et d'un amas de mucosités dans les grosses bronches. Or, on conçoit combien le diagnostic serait, en pareil cas, rendu difficile par la ressemblance qui rapproche si souvent la bronchophonie de la pectoriloquie. C'est sans doute une réunion de pareilles circonstances qui a induit Laennec en erreur dans la prétendue épidémie de pneumonies partielles qu'il cite. (*Traité de l'Auscultation*, tome I.er, p. 407, dernière édit.)

3.° La percussion, déjà si utile pour découvrir l'existence de la pneumonie chez les vieillards, ne sert pas moins à en apprécier les degrés. Les nuances de la matité marquent exactement les progrès d'une simple congestion à l'*hépatisation*; et si par elle-même la matité absolue ne peut faire distinguer l'hépatisation rouge de la grise, elle peut

du moins appuyer fortement ou rectifier les données fournies par les autres signes. Ainsi lorsque, en même temps que l'on constate les râles sonores ou muqueux, le gargouillement, le souffle tubaire, etc., on constate aussi cette matité, elle lèvera bien des incertitudes en fixant la valeur réelle de ces différens phénomènes qui ne pourront plus s'expliquer que par la compacité et l'imperméabilité du parenchyme pulmonaire.

A ces moyens d'arriver à la connaissance du degré de la phlegmasie pulmonaire, il faut joindre comme moyen accessoire, l'appréciation de l'altération qu'ont subie les forces, comparée à l'étendue du mal et au temps écoulé depuis son invasion. Nous renvoyons à ce sujet à ce que nous avons dit plus haut, sur la marche et la durée de l'inflammation du poumon chez les vieillards.

C. *Diagnostic du siège de la pneumonie.* — Les signes physiques seuls, et quelquefois en même temps la douleur locale, peuvent l'apprendre. La première question à faire est celle-ci : de quel côté de la poitrine existe la maladie ? Cette question pourra paraître singulière à ceux qui ne se représentent la pneumonie qu'avec les caractères tranchés qu'elle revêt ordinairement chez l'adulte. A la Salpêtrière, elle ressort tout naturellement de l'expérience journalière. Une vieille femme est prise tout-à-coup de toux, de dyspnée ; les crachats sont rouillés ; il y a de la fièvre ; la pneumonie est évidente. On ausculte, et on n'entend des deux côtés qu'un râle sonore ou muqueux : nous avons vu plusieurs cas semblables. Où siège la pneumonie ? Est-elle simple ? est-elle double ? La percussion seule peut éclairer sur ce point. Tantôt une matité complète des deux côtés annonce une double hépatisation ; tantôt elle constate que ces râles si semblables, même pour l'intensité à droite et à gauche, étaient dus cependant, d'un côté à une véritable hépatisation, et de l'autre à un engouement passif. Le traitement local est alors dirigé en conséquence. Mais

si la percussion était impossible par cause de difformité ou d'une trop vive douleur, l'auscultation jetterait dans la plus complète incertitude. On ne pourrait que *supposer* la pneumonie du côté du point pleurétique, s'il en existait.

Nous n'avons rien à dire que ce qu'on sait déjà des indications qu'on peut tirer du décubitus, pour déterminer le côté où siège la pneumonie.

Quant au lobe affecté, il est clair que, lorsque la maladie siège auprès des grandes scissures, il est impossible de le déterminer avec certitude; mais ce que nous voulons établir, c'est que généralement on se hâte trop de fixer le siège de la pneumonie dans le lobe supérieur, parce que les signes qui l'annonçent ont lieu au sommet de la poitrine, au niveau, par exemple, de l'épine de l'omoplate et même au-dessus. Nous avons vu des pneumonies du lobe appelé inférieur, donner lieu à du souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse. Dans ces cas, nous avons constaté à l'autopsie, que la grande scissure pulmonaire était verticale, et que le lobe *dit* inférieur, devenu directement postérieur, remontait jusqu'au sommet de la cavité thoracique. Cela a lieu dans les poumons du premier type et quelquefois du second. (Voy. *Anat. des poumons des vieillards*, 1.er Mémoire, *Arch.*, août 1835, p. 417).

Par inverse, dans les poumons du troisième type, le sillon est souvent tout-à-fait horizontal, en sorte qu'une pneumonie située très-bas en arrière, peut encore appartenir au lobe supérieur : c'est ce que nous avons vérifié assez souvent.

Ce serait ici le lieu d'établir le diagnostic différentiel des deux pneumonies, *vésiculaire* et *intervésiculaire ;* mais l'insuffisance des faits nous oblige à nous borner, sous ce point de vue, à ce que nous avons dit de cette dernière forme de l'inflammation pulmonaire, dans l'énumération des signes locaux. (*V*. 4.e Mém., p. 51), et à l'article des *Signes généraux* (*V*. ci-dessus).

Terminaison et pronostic. — La guérison *complète* d'une pneumonie est, on peut le dire, rare chez les vieillards. Nous voyons des femmes sortir des salles de l'infirmerie après avoir recouvré l'appétit, les forces, en un mot toutes les apparences de la santé, et si l'on continue de pratiquer l'auscultation chez elles, on trouve encore des râles variés au niveau des points du poumon qui ont été affectés. Ces râles cessent et reviennent alternativement, puis s'établissent d'une manière définitive. Les vieilles femmes continuent de tousser légèrement, sans se plaindre d'ailleurs d'aucun malaise. Tout-à-coup l'inflammation mal éteinte prend de l'acuité et les force à rentrer à l'infirmerie. Elles ont, disent-elles, un nouveau rhume. Nous en avons vu un assez grand nombre revenir dans nos salles trois, quatre, cinq fois, pour des pneumonies auxquelles elles finissent par succomber. A l'autopsie, on trouve dans les poumons des noyaux d'induration chronique reconnaissables à leur aspect ardoisé (3.e Mém., mars 1836, p. 279), mêlés à une hépatisation rouge de date récente, et qu'environne une congestion sanguine plus ou moins étendue. Ces noyaux indurés sont parfois très-multipliés.

La terminaison de la pneumonie par la mort est d'une fréquence vraiment effrayante à la Salpêtrière. Ce que nous allons dire à l'occasion du traitement nous dispense de donner ici des proportions à cet égard : avons-nous besoin d'insister désormais sur la gravité du pronostic ?

III.e *Partie.*—*Traitement.*—§. 1.er Il n'est guères permis aujourd'hui d'aborder le traitement de la pneumonie, sans en chercher les bases dans une statistique rigoureuse. Nous sentons combien il serait important d'appliquer cette méthode au sujet qui nous occupe; mais les conditions spéciales de notre observation ont entouré cette méthode de tant de difficultés, ont introduit dans le problême tant d'élémens divers, dont il serait impossible de tenir compte sans rejeter une partie des cas qui ont servi à notre travail, que

nous sommes convaincus qu'une statistique que nous dresserions actuellement, mènerait à des erreurs d'autant plus fâcheuses qu'elles paraîtraient assises sur des bases plus certaines. Dans la ferme volonté où nous sommes de ne rien avancer qui ne nous semble le résultat irrécusable de l'expérience entourée de toutes les garanties qu'elle exige, nous allons dire franchement quels sont les obstacles qui nous ont fait reculer ici devant une statistique.

Et d'abord, nous ne pouvons nous empêcher de signaler comme extrêmement funeste aux indigentes de la Salpêtrière, le mode d'admission à l'infirmerie, suivi dans cet établissement. C'est seulement quand elles demandent elles-mêmes à y être transportées, ou quand les *surveillantes* des sections voient leur santé générale compromise, qu'on envoie chercher l'élève de garde qui leur délivre un billet d'admission. Or, non-seulement il arrive souvent, comme nous l'avons dit avec insistance, que de graves altérations se produisent sans apporter dans les fonctions générales assez de trouble pour révéler la gravité du mal aux malades elles-mêmes, et à plus forte raison aux personnes qui les entourent, mais encore la plupart des vieilles femmes ne quittent leur dortoir qu'avec répugnance, et ne viennent que le plus tard possible à l'infirmerie. Qu'arrive-t-il? C'est que dans *plus de la moitié des cas* la pneumonie est parvenue aux deuxième et troisième degrés quand le médecin est appelé à la traiter; beaucoup de malades meurent avant d'avoir passé vingt-quatre heures dans les salles; quelques-unes meurent dans le trajet de la section à l'infirmerie.

Une seconde difficulté à l'établissement d'une statistique exacte sur les résultats du traitement, c'est la difficulté qu'offre le diagnostic dans le premier degré, quand les crachats rouillés et le râle crépitant viennent à manquer. Comment alors s'assurer qu'il s'agit d'une inflammation du parenchyme et non des bronches? Et si ces deux affections

peuvent être confondues, combien ne s'expose-t-on pas à grossir ou à diminuer le chiffre réel qui exprimera les succès ou les insuccès d'une méthode thérapeutique ?

Une statistique doit encore étudier l'influence du traitement sur la durée de la maladie. Or, nous savons combien de circonstances rendent difficile la détermination positive de l'époque du début de la pneumonie chez nos vieillards.

Nous signalerons un troisième obstacle capable de compromettre beaucoup la méthode antiphlogistique ; c'est qu'on n'arrive souvent qu'avec la plus grande peine à faire subir aux malades un traitement régulier. Quand le sang noir et épais ne coule qu'en bavant, il s'arrête avec une grande facilité, et la saignée est rarement copieuse ; quelquefois même elle donne à peine. Sans doute on peut la renouveler, mais du temps s'est écoulé, et l'inflammation a fait des progrès. De même on se tromperait gravement, si on donnait aux applications de sangsues la même valeur thérapeutique chez le vieillard que chez l'adulte. D'abord, elles ne prennent souvent que difficilement sur une peau sèche et écailleuse, et l'inconvénient de la perte du temps se représente. Ensuite les piqûres ne fournissent qu'une petite quantité de sang. Comment tenir compte de ces faits avec quelque rigueur ?

Enfin une difficulté qui nous est propre pour l'établissement d'une statistique, c'est que nos observations *détaillées* datent en partie d'une époque où les salles étaient encombrées, et n'ont pas été recueillies immédiatement et au hasard, mais surtout sur les malades gravement affectées.

Nous n'avons pas craint d'énumérer tous ces obstacles, parce que cette exposition tend à montrer à combien d'erreurs peut se prêter la méthode numérique employée sans discernement. Dans toutes les statistiques dressées jusqu'à ce jour sous le rapport du traitement de la pneumonie,

a-t-on toujours tenu compte des âges, des sexes, des tempéramens, des causes, de l'existence ou de l'absence des dispositions organiques, du mode d'invasion? A-t-on toujours pu fixer avec certitude l'époque du début, celle de la terminaison? N'a-t-on pas le plus souvent recueilli sans distinction *tous les cas* qui s'étaient offerts à l'observation?.... Le résultat du traitement doit nécessairement varier suivant chacune de ces lésions.

§. 2. Si nous sommes dans l'impossibilité d'exprimer en chiffres des résultats détaillés d'expériences thérapeutiques, nous sommes du moins en mesure de signaler les indications générales qu'une observation répétée nous a fait saisir, *comme spéciales* à la pneumonie de nos vieillards.

A. On a déjà dit qu'il fallait ménager les évacuations sanguines chez les vieillards. Ce précepte est juste; mais il importe d'établir ici quelques distinctions.

On peut les pousser assez loin ordinairement au début de la pneumonie qui s'annonce par des symptômes aigus et tranchés. L'affaiblissement qui en résulte alors n'est pas tel qu'il doive arrêter, en présence d'une aussi grave affection. Trois et quatre saignées de quatre palettes chacune, pratiquées en quelques jours, ont souvent eu d'heureux résultats.

La saignée est aussi indiquée au début des pneumonies à marche latente, dont une congestion passive a été le point de départ. L'évacuation sanguine a, dans ce cas, le triple effet de soustraire une partie de son aliment à cette congestion, de combattre l'inflammation consécutive, de diminuer directement l'état asphyxique. Malheureusement ces indications si claires, si rationnelles ne peuvent pas toujours être remplies; l'adynamie survient plus facilement que dans le cas précédent. On emploie souvent alors avec avantage une combinaison thérapeutique qui paraîtra peut-être singulière au prèmier abord, mais dont on constatera souvent les bons effets : elle consiste à mettre en usage,

concurremment avec les évacuations sanguines, les toniques légers ou même quelques stimulans diffusibles, tels que le vin de Malaga et les potions légèrement camphrées. Ces médicamens soutiennent les forces générales sans détruire l'effet des saignées, auxquelles ils permettent ainsi de revenir. On prévient encore quelquefois l'adynamie en appliquant de larges sinapismes, soit sur les membres inférieurs, soit sur la poitrine, et principalement à la région précordiale.

Quand la pneumonie est passée à l'hépatisation, l'état des forces doit régler l'opportunité de la saignée; nous ne saurions trop insister sur ce précepte. Il est de nos vieilles femmes qui dès le commencement du second degré ne sont pas capables de la supporter; ce cas est pourtant assez rare; mais c'est le cas ordinaire, quand ce degré est établi depuis quelques jours, et surtout si la suppuration est déclarée. La saignée est alors d'autant moins indiquée, que les bronches contiennent plus de mucosités; car le premier effet de l'affaiblissement qui suit l'évacuation, c'est un arrêt de l'expectoration, phénomène des plus graves par l'asphyxie qu'il détermine. Nous avons vu des malades chez lesquelles le pouls invitait à la saignée, cesser de rendre leurs crachats immédiatement après que celle-ci avait été pratiquée, et mourir en moins de douze à quinze heures.

B. Cet engouement des bronches par les mucosités, dont le résultat funeste est d'augmenter les difficultés de l'hématose, rend l'emploi des vomitifs d'un avantage tout-à-fait spécial chez les vieillards. Leur effet est parfois d'une évidence extrême; le soulagement est instantané; malheureusement il cesse avec trop de facilité par le renouvellement de la lésion qu'ils avaient fait disparaître; aussi faut-il les employer à plusieurs reprises.

Les partisans du contro-stimulisme ont dit que l'effet des émétiques était d'autant plus assuré que la tolérance s'établissait plus facilement : le résultat de notre expérience

est qu'employés à hautes doses ils n'ont d'avantages chez les vieillards qu'autant qu'ils excitent le vomissement. On conçoit du reste qu'il ne peut guère en être autrement, quand l'indication essentielle, pressante, est de désobstruer les bronches.

Quand on emploie les émétiques à *doses vomitives*, les saignées, loin d'entraver leurs effets, comme on l'a dit pour les cas où on les donne à *doses contre-stimulantes*, s'allient au contraire très-bien avec eux. L'évacuation sanguine combat directement l'inflammation pulmonaire, en même temps que l'arrêt de l'expectoration dont elle pouvait être suivie est prévenu par le vomissement. On se trouve donc très-bien, dans beaucoup de cas, d'employer dans le même jour les saignées d'abord, et ensuite l'ipécacuanha ou le tartre stibié.

Quant aux sangsues, nous n'avons à indiquer, comme fait spécial, que le peu de fond qu'il faut souvent faire sur leur emploi. Nous renvoyons à ce que nous en avons dit plus haut.

C. *Révulsifs.* — Au premier rang des moyens révulsifs à mettre en usage dans la pneumonie des vieillards, il faut placer les vésicatoires sur le thorax. Des praticiens ont mis en doute leur action dans la pneumonie de l'adulte ; un très-grand nombre même soutiennent qu'ils ont pour résultat, surtout quand on les emploie de bonne heure, d'exciter la fièvre et d'accroître par suite l'inflammation. Ces deux assertions prouvent l'inconvénient des formules générales quand on n'a pas étudié les faits sous toutes leurs faces. Toutes deux sont fausses, appliquées à la pneumonie des vieillards, et surtout dans la forme adynamique. On retire les meilleurs effets de *très-larges* vésicatoires appliqués *dès le début* sur le thorax. Si la pneumonie est double, on ne doit pas craindre, sauf quelques cas rares où la fièvre serait par trop intense, d'appliquer un vésicatoire de chaque côté. On peut aussi dans ce cas, s'il ne s'agit encore

que d'un simple engouement, le placer sur le sternum. Nous nous rappelons avoir, avec beaucoup d'avantage, couvert, pour ainsi dire, de vésicatoires, la poitrine d'une vieille femme atteinte fort gravement d'une double pneumonie. Deux avaient été placés en arrière, deux en avant, et chacun avait au moins la largeur de la main.

On comprendra très-bien, du reste, comment une plaie si superficielle, quelque large qu'elle soit, excite si difficilement la fièvre chez le vieillard, quand la pneumonie elle-même suffit à peine pour l'allumer.

Nous conseillons en général de ne pas entretenir longtemps les plaies. Nous pensons qu'il vaut mieux les faire sécher rapidement, afin de réappliquer d'autres vésicatoires le plus promptement qu'il sera possible. Cette double et vive irritation cutanée agit plus efficacement que l'irritation lente et prolongée qui accompagne la suppuration.

D. Les purgatifs sont d'un grand secours, à titre d'évacuans et de révulsifs, et l'on s'en sert surtout dans les cas où la faiblesse contr'indique les évacuations sanguines. On est d'ailleurs obligé d'y recourir pour combattre la constipation opiniâtre dont s'accompagne souvent la pneumonie. Mais leur action n'offrant rien de particulier à considérer, nous n'avons pas à nous en occuper plus longuement.

E. Il en est de même de quelques moyens secondaires d'un usage général, dans la pneumonie du vieillard comme dans celle de l'adulte ; nous dirons seulement quelques mots de deux d'entr'eux, le kermès et les narcotiques.

Le kermès doit être employé à des doses plus élevées qu'on n'a coutume de le faire chez l'adulte : ces doses sont ordinairement de 6, 8 et 10 grains ; il provoque alors assez souvent des vomissemens ou de la diarrhée, et ces résultats n'ont rien que d'avantageux dans cette circonstance.

Quant aux narcotiques, si utiles quelquefois, employés à de faibles doses chez l'adulte, il faut, pour les mettre en

usage chez le vieillard, des indications spéciales, telles qu'une grande agitation nerveuse, un point de côté violent, etc. Mais hors de cette circonstance, ils ne servent qu'à augmenter l'adynamie, à arrêter l'expectoration, à faciliter les congestions sanguines qui s'établissent si souvent dans le poumon du côté malade ou du côté opposé.

F. Enfin ce que nous avons dit à propos de la terminaison, prouve la nécessité de poursuivre encore activement le traitement de la pneumonie, alors que les malades semblent entrer en convalescence. Il est bon alors de leur appliquer un second vésicatoire qu'on fera, cette fois, suppurer. Mais un précepte très-essentiel, c'est d'avoir recours auxboissons et potions toniques et astringentes, aussitôt que la chute des symptômes inflammatoires et l'auscultation se réunissent pour montrer qu'il ne s'agit plus que d'un engorgement œdémateux. Le laisser-aller dans le traitement à cette époque de la pneumonie où tout semble fini, amène les plus fâcheux résultats, car c'est alors que se forment les indurations partielles autour desquelles s'établit ensuite si facilement une inflammation aiguë qui ne se renouvelle pas tant de fois impunément.

G. *Régime.* — Des faits multipliés nous ont démontré que le précepte de la diète sévère dans les maladies aiguës n'est point applicable aux vieillards. Les deux âges extrêmes se touchent sous ce rapport; comme l'enfant, le vieillard ne peut supporter le jeûne prolongé, alors même que l'organisme est en proie au trouble le plus marqué. Ce que nous avons dit à propos des évacuations sanguines dont on doit prévenir l'effet *exténuant* par l'administration simultanée de quelques toniques ou stimulans, doit se répéter quand il s'agit de l'alimentation. Des bouillons, des potages même aident merveilleusement le traitement antiphlogistique. Nous pourrions citer des exemples extrêmement remarquables du succès de cette combinaison. L'état des forces, en résumé, doit attirer l'attention de tous les

instans chez les vieillards, et ne jamais cesser de *mesurer* l'activité de la thérapeutique.

Observations sur quelques points de l'histoire des congestions cérébrales; présentées à la Société de Médecine d'Angers, dans sa séance de juin 1835, *par* J. Guérètin, *ex-premier interne des hôpitaux d'Angers, membre de la Société anatomique, etc.* (1)

La congestion cérébrale est une affection dont les caractères et les effets sont encore pour quelques praticiens un sujet de contestations. Ainsi M. Rochoux (*Nouv. Dict. de Méd.*, tom. 9) dit que, seule, elle est *toujours légère de sa nature*; que l'organe, momentanément congesté, revient bientôt à ses fonctions. M. Calmeil (*Nouv. Dict. de méd.*, art. *Encéphale*) me paraît aussi quelquefois rapporter à une méningo-encéphalite des lésions (*Injections, Rougeurs....*) de la substance nerveuse qui ne constitueraient qu'une congestion sans inflammation; car il me semble vouloir expliquer trop souvent les troubles nerveux par des inflammations ou subinflammations cérébrales, et ne pas assez accorder à la simple congestion dans la production de ces mêmes symptômes.

D'un autre côté, M. Andral (*Clinique médicale*) rapporte à la congestion, avec la plupart des auteurs, des symptômes qui peuvent durer des années, dit qu'elle peut entraîner des affections graves, et prétend, avec MM. Bricheteau, Lallemand, Cruveilhier, etc., que seule elle peut causer la

---

(1) Les observations qui ont fait la base de ce Mémoire ont été prises presque toutes dans le service de M. Guépin, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angers. Je me plais donc à lui adresser des remercîmens sincères pour les conseils éclairés et bienveillans qu'il m'a donnés. Je ne dois point non plus oublier M. Bigot, médecin du même hospice, dont les avis m'ont été fort utiles. Que ces Messieurs reçoivent ici toute la gratitude de leur élève.

mort. Je trouve encore en faveur de cette dernière opinion, dans le troisième volume du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, des observations remarquables de M. Haspel, où la congestion seule paraît bien évidemment avoir amené une mort rapide. Parmi les observations que je citerai, on en verra plusieurs aussi où la mort, survenue rapidement, ne me paraît pouvoir être expliquée que par la congestion cérébrale seule.

Au milieu de ces débats, je me contenterai de donner des faits observés avec attention. Ils confirment presque tous, comme on le verra, la symptômatologie donnée par M. le professeur Andral. Je rapporterai ensuite au long plusieurs cas dont je n'ai pas trouvé les symptômes décrits.

La congestion cérébrale est, comme l'on sait, la présence d'une quantité surabondante de sang dans les vaisseaux de l'encéphale, produite, soit par une augmentation d'afflux, soit par un arrêt de retour.

Mais la surabondance sanguine seule produit-elle ces symptômes? La trop grande richesse des matériaux nutritifs du sang n'en est-elle pas quelquefois la cause? C'est une question que les auteurs se sont posée, en voyant l'inutilité absolue des saignées, répétées même souvent, dans quelques cas; en voyant cet état si fréquent chez ceux qui vivent d'une nourriture abondante et recherchée; en voyant enfin des symptômes de polyæmie cérébrale prolongée chez des individus qui, à l'autopsie, n'offrent pas dans les vaisseaux encéphaliques plus de sang que dans l'état normal.

Des malades offrent depuis longtemps la constitution pléthorique; tout-à-coup ils tombent sans connaissance et meurent. A l'autopsie rien n'explique la mort; la plénitude vasculaire cérébrale n'est pas apercevable; le sang paraît plus fibrineux, plus consistant que d'ordinaire. Serait-il ridicule de penser que, dans ces cas, peu à peu la trop grande richesse de la masse sanguine est venue au point

de ne plus pouvoir s'accommoder avec la vie? Ces idées, hasardées toutefois et sans preuves directes, m'étaient suggérées par l'observation suivante :

Obs. I.re—Dodin (Pierre), âgé de 47 ans, tailleur de pierre, de taille moyenne et trapue, entra à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 6 avril 1834. Depuis 7 à 8 ans il offrait une constitution pléthorique très-prononcée. Cou court, face rouge, pouls plein, grand, rebondissant, sueurs faciles, lenteur des mouvemens, céphalalgies, surtout frontales, parfois étourdissemens, éblouissemens. Le malade était accoutumé aux excès de régime, de boissons surtout.

Il se faisait saigner fréquemment ou appliquer des sangsues. Quelquefois seulement la vue était un peu plus nette, les idées moins obtuses, moins d'étourdissemens; mais ce mieux n'allait pas au-delà d'un à deux jours. Toujours l'état de torpeur, d'engourdissement, etc., persistait. Jamais il n'avait eu de coup de sang, de paralysie.

A son entrée, on observe l'état précédent. Fonctions respiratoires, circulatoires, digestives, normales : seulement peu d'appétit, satiété prompte; apyrexie.

Jusqu'au 22 avril 1834 : 2 saignées de 14 onces, 25 sangsues au siége, infusion de mélisse. Point d'amélioration sensible.

Le 22 au soir, après s'être promené une grande partie de la journée, comme de coutume, il se coucha vers sept heures. Les voisins dirent qu'il leur sembla dormir paisiblement. Vers deux heures après minuit, il appela l'infirmier, se plaignant d'une céphalalgie atroce, d'éblouissemens, d'étourdissemens. Presqu'immédiatement, perte de connaissance, de voix, de sentiment, résolution générale des membres. Dix minutes après (J'avais eu à peine le temps de m'habiller et de courir), il était mort.

Autopsie 14 heures après la mort.—Habitude du corps. Muscles développés, raideur assez prononcée, coloration générale un peu bleuâtre.

Encéphale. Méninges saines ; sinus, surtout le longitudinal supérieur, renfermant un sang noir et consistant; avec quelques concrétions polypeuses de la longueur d'un pouce au moins, une once environ de sérosité limpide dans l'arachnoïde, point de vascularisation plus qu'ordinaire de l'arachnoïde, de la pie-mère. Volume, consistance, aspect normal de toute la masse encéphalique. Coupée par tranches fines, elle offre à peine quelques points rouges. Une once de sérosité à peu près dans les ventricules.

Le cervelet, la protubérance, la moelle spinale sont dans l'état normal.

Thorax. Poumons sains, crépitant partout, seulement un peu bleuâtres, d'un rouge-foncé à l'incision dans le tiers postérieur, sans foyers apoplectiques, sans ramollissement. Rien d'anormal dans la trachée, le larynx.

Le ventricule gauche du cœur offre une légère hypertrophie excentrique. Un sang noir, en caillots consistans, avec des concrétions fibrineuses abondantes, remplissent assez exactement les deux ventricules et la crosse aortique. Ce sang est un peu poisseux, noir, se tenant presque tout en caillots.

On voit quelques légères zônes rouge-foncé dans une partie de l'estomac. Je remarquai aussi une légère zône blanchâtre au cardia.

Quoique les auteurs disent que dans la métastase, l'affection métastatique ne disparaît que lorsque l'affection première est revenue, la coïncidence, plusieurs fois répétée dans l'observation suivante, de l'apparition de congestions cérébrales avec la disparition d'une arthrite, ne semble-t-elle pas autoriser la croyance que ces congestions étaient dues à un véritable *transport métastatique,* quoique ces congestions disparussent sans que le rhumatisme revînt.

Obs. II.° — Bruck (Joseph), 36 ans, tissarand, de constitution forte, mais non pléthorique, entra à l'Hôtel-Dieu le 18 avril 1834. Cet homme avait toujours joui d'une

santé robuste. Depuis huit ans environ, sans causes connues, par quatre fois il avait été pris, à intervalles assez éloignés, de rhumatisme articulaire aigu très-douloureux, avec gonflement dans les deux poignets. Après trois à dix jours de souffrances aiguës, le mal, qui ne cédait point aux divers traitemens employés, disparaissait tout-à-coup; mais de la pesanteur céphalique, un facies rouge, des étourdissemens, survenaient; puis bientôt sa raison se perdait; on l'eût pris pour un fou; ces symptômes disparaissaient au bout de 8 jours au plus tard, sans qu'il ressentît de nouvelles atteintes de l'arthrite.

A son entrée il se plaignait vivement d'une arthrite très-douloureuse, avec gonflement dans les deux poignets. Depuis deux jours, rougeur, pression et mouvemens fort douloureux, point de symptômes généraux (Tis. bardane. Sangsues, N.° 12, sur les poignets. Poudre de Dower, 6 gr.).

Le lendemain, même état des poignets; l'arthrite a gagné les coudes et l'épaule droite; soif, léger mouvement fébrile, point de symptômes cérébraux (Tis. bard. Cataplasmes. Même poudre).

20 avril. Même état, pas de fièvre, même régime.

21. Nous trouvâmes le malade sans fièvre, le gonflement des poignets et des coudes a disparu; mouvemens normaux, point de rougeur; mais étourdissemens, éblouissemens, facies rouge, yeux cuisans, air distrait; langue normale, seulement une légère chaleur de la peau. Le malade commence à délirer; il parle par fois à tort et à travers; ses réponses sont justes cependant; il n'accuse que les symptômes précédens.

Le lendemain, toujours apyrexie; mais le malade semble avoir perdu toute raison; mouvemens d'un fou; il parle de choses très-dissemblables, court dans les salles; il porte parfois la main au front et sur les yeux, qui paraissent lourds; le soir on le mit aux loges pour qu'il ne troublât point le repos des malades.

22. Même état. (Saignée de xiv ℥. Pédiluve sinapisé. Diète).

24. Même état; un peu moins d'idées incohérentes; toujours apyrexie (Saignée de xii ℥.)

25. Le malade se dit parfaitement guéri. Facies normal, disparition de toute céphalalgie, intelligence entièrement revenue. L'arthrite n'est point reparue depuis le début du délire. Le lendemain, on le mit dans les salles; il était dans son état normal.

Jusqu'au 30, qu'il sortit parfaitement guéri, il eut toujours toute sa raison, mangea avec appétit, ne se plaignit ni de la tête ni de l'arthrite.

Remarquons: 1.° la coïncidence d'apparition du trouble intellectuel, avec la disparition de l'arthrite; 2.° la fugacité des symptômes.

La localisation des symptômes est-elle une preuve de la localisation des congestions? Des auteurs, M. Andral entr'autres, ont cité des cas de congestions générales avec hémiplégie seulement. Je pourrais citer un cas semblable que j'observai en 1833 chez un jeune homme mort dans le service des fièvreux de l'Hôtel-Dieu. Atteint depuis huit jours d'une pneumonie aiguë intense, il offrit, vingt-six heures avant sa mort, une hémiplégie droite avec céphalalgie violente, forts étourdissemens. A l'autopsie, les deux hémisphères, examinés avec soin, parurent également et seulement congestés. On sait aussi que le plus souvent, dans les méningites générales ou très-étendues, les malades localisent leurs douleurs au front, à la racine du nez, à l'occiput, etc. (MM. Andral, Martinet et Parent-Duchâtelet). De ces faits, et d'un grand nombre d'autres rapportés par les auteurs, il faut répondre par la négative. La plupart des auteurs disent que si, dans le cas de localisation des symptômes, dans l'hémiplégie, par exemple, la lésion a paru égale des deux côtés, il faut s'en prendre à l'insuffisance de nos moyens d'investigation, qui n'ont pu

nous faire apercevoir la modification de tissu, le changement moléculaire auxquels l'hémiplégie était due, changement qui n'en existait pas moins. Cette supposition, en effet, est la conséquence des théories admises.

Etiologie. — Citons maintenant des observations qui démontrent l'influence de certaines causes sur la production des congestions cérébrales.

1.° Baglivi, Lancisi, M. Leuret, etc., ont cité des cas de congestion qui offraient, d'une manière même assez tranchée, le caractère épidémique. Un degré plus avancé, l'apoplexie, a paru quelquefois sous le même aspect. Ces praticiens n'ont guères pu trouver la cause de ce rapport entre l'affection et l'état atmosphérique.

Dans les cas suivans, ne pourrait-on pas attribuer à une influence générale le développement des symptômes ?

Obs. III.° — En février 1835, presque tous les malades pris de péripneumonies aiguës (et le nombre fut assez fort), offrirent une complication tranchée de congestion cérébrale. M. Guépin fut frappé de cette circonstance. Ainsi avec tous les signes d'une pleuro-pneumonie aiguë, et en même temps, apparaissaient des éblouissemens, des céphalalgies fatigantes, des tintemens d'oreilles, de la pesanteur de tête, qui allaient, pendant que la pneumonie marchait, jusqu'au délire, à l'hébétude, à la stupeur, à la démarche chancelante. Ces symptômes cérébraux finissaient par masquer les symptômes pulmonaires qui disparaissaient en quatre à huit jours. Les premiers persistaient de deux à seize jours après, sans offrir de signes plus graves. Deux malades présentèrent, pendant un mois environ, un otite rebelle et douloureuse.

L'observation de sept de ces cas, dans l'espace de quinze jours, l'aspect particulier et absolument identique des symptômes, en y ajoutant la considération que les pleuro-péripneumonies aiguës avaient été et furent aussi nombreuses en janvier et en mars, mais sans offrir cet aspect, portaient naturellement à admettre une influence

générale pour les expliquer. Etait-ce dû à une influence atmosphérique ? Je ne vis point de changemens météorologiques notables entre janvier et février ; seulement en mars les pluies, les bourrasques furent plus fréquentes. Cependant en récusant l'influence atmosphérique (dont on ne peut saisir le rapport avec l'apparition de ces congestions), il faudra néanmoins admettre chez les individus affectés une disposition qui reste à expliquer.

2.° L'influence de l'ingestion des alimens et du travail de la digestion est une cause fréquente de congestion cérébrale. M. Andral admet alors une prédisposition si les symptômes sont poussés un peu loin. La congestion peut aller jusqu'aux éblouissemens, à une forte céphalgie, aux sueurs faciales très-abondantes, etc., comme dans l'observation suivante :

Obs. IV.e—Bousquet (Joseph), âgé de 62 ans, a toujours joui d'une santé robuste, quand, il y a sept ans environ, il commença à accuser de fortes chaleurs faciales à chaque repas. Augmentation progressive de ces symptômes.

Aujourd'hui 26 février : depuis long-temps déjà il suffit qu'il mange tant soit peu et quelque chose que ce soit, pour qu'il ressente aussitôt après l'ingestion des premières bouchées, des chaleurs au visage par bouffées, des sueurs abondantes à la face et au cuir-chevelu, puis presqu'immédiatement, de la céphalalgie frontale, des éblouissemens. Toujours il est obligé de ne pas manger autant qu'il le voudrait. S'il est debout, il faut qu'il s'appuie pour ne pas tomber. Cet état dure 10 à 25 minutes après le repas.

Depuis un an ces symptômes sont portés très-loin. Dans l'intervalle des repas il se plaint d'une pesanteur de tête habituelle ; la face est vultueuse, hébêtée ; les mouvemens lents ; il y a des fourmillemens, des crampes dans les jambes. La nuit, assez fréquemment, il est pris de légers accès épileptiformes. Fonctions organiques normales, pouls un peu pléthorique, à 68 pulsations. Cet état stationnaire.

maintenant n'est pas sensiblement modifié par les pertes sanguines.

Remarquons : 1.° que la production de congestions successives semblerait avoir déterminé un commencement de ramollissement ; 2.° que la rapidité de la production des symptômes peu après les premières bouchées, prouve qu'ici ces symptômes étaient dus au contact des alimens avec la muqueuse gastrique, et non au travail de la digestion.

Quelquefois ces symptômes peuvent aller jusqu'à la forme apoplectique et la mort s'ensuivre. L'observation suivante me paraît dans ce cas ; le foyer apoplectique préexistant ne paraît-il pas confirmer l'opinion de M. Andral qui, comme nous l'avons déjà dit, admet une disposition particulière quand les symptômes sont graves ?

Obs. V.° — Jamin (François), âgé de 62 ans, vigneron, était à l'Hôtel-Dieu depuis trois ans pour une paralysie incomplète générale qui l'empêchait de se soutenir debout, de marcher. Déjà, depuis sa paralysie il avait eu quelques pertes momentanées de connaissance.

Le 31 janvier 1835, repas plus copieux que d'ordinaire. A peine avait-il fini de manger, quand tout-à coup il perd connaissance, tombe sans mouvement, sans sentiment dans son lit où il était assis, et meurt en moins de dix minutes.

Autopsie 22 heures après la mort. — Légères adhérences en quelques points de la dure-mère et de l'arachnoïde cérébrale. Une once environ de sérosité limpide dans la cavité de cette dernière. Ancien foyer apoplectique dans la partie postérieure de l'hémisphère gauche, marqué par un kyste séreux assez volumineux pour placer le pouce. Léger ramollissement jaunâtre de la moitié postérieure du corps strié gauche. Dilatation assez marquée, sans épanchement, du ventricule de ce côté. La masse cérébrale des deux hémisphères, de consistance normale, est fortement sablée de myriades de points rouges très-apparens, et qui

prennent un quart à une demi-ligne de diamètre autour de l'ancien foyer, dans l'étendue d'un pouce environ, mais sans aucun épanchement sanguin. Le cervelet est un peu moins congestionné; moelle épinière saine. — Rien dans les autres organes.

Remarquons : 1.° la paralysie incomplète générale pendant que les lésions n'existaient qu'à gauche ; 2.° la rapidité de la mort, sans autres traces récentes qu'une congestion cérébrale.

3.° Des auteurs ont dit que la pression de l'eau était souvent pour autant au moins que le calorique dans la production des symptômes de congestion que déterminent quelquefois les bains. L'observation suivante ne vient-elle pas à l'appui ?

Obs. VI.e — Un jeune homme de 24 ans, traité à l'Hôtel-Dieu pour la gale par les pommades souffrées, prit plusieurs bains. A chaque fois (il en prit trois), il était obligé d'en sortir au bout de 15 à 18 minutes, pour des symptômes de congestion, le bain n'allait pas au-delà de 22°R. Deux bains de vapeur furent pris ensuite. Il y resta une demi-heure, sua abondamment, et cependant aucun accident ne parut. Un dernier bain d'eau chaude a renouvelé les symptômes de congestion qui subsistent encore.

Symptômatologie. — M. Andral a cru devoir rapporter à *huit formes*, à huit groupes principaux, les variétés nombreuses de symptômes qu'il a pu observer : rattachons-y quelques-unes de nos observations ; nous indiquerons ensuite une neuvième forme que ce savant professeur ne paraît pas avoir indiquée.

1.re *Forme.* Les malades sont tourmentés d'étourdissemens, d'éblouissemens, de tintemens d'oreille, de pesanteur et de gêne cérébrale, de céphalalgies continues ou intermittentes, etc.

Tantôt il y a des symptômes généraux de pléthore prononcés : face rouge, yeux brillans, parfois appesantis, paupières douloureuses ; souvent injection des conjonc-

tives avec cuisson, hébétude du facies, assoupissement; bouffées de chaleur faciale, démarche peu assurée, chancelante; pouls plein, grand, ondulant; sueurs ordinairement faciles; peau souvent moite, rosée; lenteur et pesanteur des mouvemens, fourmillement et picotement des membres, etc.; sens lourds, sommeil profond, parfois presque continuel ou bien agité, empêché par les céphalalgies.

Tantôt tous ou la plupart de ces symptômes de pléthore générale manquent; souvent même les personnes ont une constitution lymphatique ou anémique. Comme le dit le professeur déjà cité tant de fois, il semble que la nature a propension à porter vers le cerveau la goutte de sang qui lui reste.

Tantôt ces symptômes sont continus; c'est le *molimen apoplecticum*. Ils peuvent alors durer un espace de temps très-variable, de huit jours et moins à vingt ans et plus; ou bien l'état est toujours stationnaire, ou bien il peut, à des intervalles divers, se porter jusqu'à une perte momentanée de connaissance (2.e forme).

L'observation suivante est dans ce cas.

Obs. VII.e — Guiard, Louis, 47 ans, tisserand, constitution robuste, muscles développés, jouit d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de 26 ans. Il était alors marin. Jamais il n'avait eu de douleurs de tête, de symptômes pléthoriques. Il commença alors à ressentir de la pesanteur céphalique; les sens étaient lourds. La nourriture était frugale cependant. Cet état était d'abord intermittent.

Huit ans plus tard, c'étaient presque tous les symptômes décrits ci-dessus. Ils étaient continus, mais fréquemment des récrudescencss se marquaient par des idées tristes, des envies de se donner la mort, du délire sourd.

En 1825, 1826, 1827, traitemens prolongés, à Paris, et inutiles, par les vésicatoires, les sétons, les émissions sanguines, la glace sur la tête, etc.

Aujourd'hui 10 mars 1835, le malade dit avoir eu deux

pertes de connaissance depuis seize mois. Jamais de paralysie. Il est toujours dans l'état suivant, sans que les saisons, les saignées, etc., y apportent de modifications :

Facies très-rouge uniformément ; yeux appesantis, rouges ; céphalalgie frontale, pulsative, existant toujours, toujours localisée au front, surtout au-dessus des orbites où la pression est parfois douloureuse ; sentiment de pesanteur par toute la tête ; fréquemment étourdissemens et étonnemens très-forts ; toujours un sentiment de chaleur faciale. Le sommeil serait presque continuel si le malade n'y résistait. Parfois délire sourd. Le malade fatigué de souffrir veut se donner la mort. Vue et pupilles normales ; engourdissemens et picotemens dans les membres presque continuels, mouvemens lents et lourds, lumbagos fréquens. Pouls toujours plein, ondulant, à 62 pulsations ; peau halitueuse, peu d'appétit, fonctions organiques normales, fort développement musculaire.

S'il survient une recrudescence, le malade se fait saigner ou mettre des sangsues ; les nouveaux symptômes disparaissent assez promptement.

Aux symptômes continus et si rebelles de polyæmie, ne s'est-il point joint dans ce cas une lésion organique cérébrale, telle qu'un ramollissement, une induration, etc., qui l'entretient et qui ramène ainsi de temps en temps les recrudescences.

II.e *Forme :* caractérisée par la perte de connaissance. Cette perte peut survenir sans avoir été précédée des symptômes de la première forme, ou après en avoir été précédée il y a plus ou moins de temps. Il y a suspension plus ou moins complète de sentiment, de mouvement, d'intelligence ; les membres soulevés ne retombent pas, comme dans l'apoplexie. Cet état peut durer de 5 minutes et moins jusqu'à 30 heures et plus. Quelquefois persistance momentanée (pendant quelques jours) d'embarras d'une ou de plusieurs fonctions animales. Cette forme est, dit-on, fréquente. Je n'ai pas eu occasion d'en voir des exemples.

III.[e] *Forme :* Ici, à la perte de connaissance, se joint une paralysie partielle ou générale ; ici encore, disparition prompte de tous les symptômes : seulement la paralysie, complète ou incomplète, peut persister quelques jours.

Cette forme est la plus facile à confondre avec l'apoplexie. Ce n'est que la disparition prompte et entière des symptômes qui peut éclairer sur le diagnostic.

Obs. VIII.[e] — Un caporal du 54.[e] de ligne, âgé de 26 ans, d'une constitution faible, fut pris subitement, le 1.[er] janvier 1833, d'une douleur dans la région mastoïdo-occipitale gauche. Il ne sut à quoi l'attribuer. Dans les jours suivans, il y avait de la pesanteur céphalique, la douleur était aiguë, fugace, comme par élancemens, sensible à la pression, peu forte la nuit.

Le 12, le malade entra à l'hôpital Saint-Nicolas d'Angers. Jusqu'au 22, inutilité absolue des repercussifs, des dérivatifs, des émissions sanguines, etc.

Le 22 au soir, après son dîner, tout-à-coup éblouissemens, étourdissemens, embarras de la langue, faiblesse générale, chaleur faciale, puis, presque de suite, perte de connaissance, de mouvement et de sentiment. Le côté droit seul retombe quand on le soulève. Ces symptômes durèrent deux heures environ.

Le lendemain, tête lourde, hébêtement, chaleur et rougeur du visage, parole mal articulée, faiblesse marquée des membres du côté droit ; le malade peut à peine les remuer en totalité. Engourdissement de la main et du pied de ce côté. Point de déviation de la bouche ; disparition des éblouissemens et des étourdissemens ; même céphalalgie (15 sangsues aux malléoles. Vésicatoire au bras droit. Pommade de Gondret sur la région mastoïdienne gauche).

Le lendemain, même état.

25. Amélioration sensible, articulation des mots presque normale, mouvemens du côté droit plus faciles et plus étendus, même douleur mastoïdo-occipitale, moins d'hébêtude.

26. Le malade se promène, état normal de la parole, des mouvemens des deux côtés, de la face, etc. Disparition presque complète de la pesanteur de tête, de la douleur mastoïdo-occipitale.

Le malade sortit trois jours après complètement guéri.

Remarquons : 1.° La douleur antécédente et locale; 2.° l'embarras de la parole sans déviation de la bouche; 3.° l'hémiplégie opposée au côté de la douleur locale; 4.° la guérison complète et rapide.

IV.e *Forme* : Dans celle-ci il n'y a pas de paralysie; mais avec la perte de connaissance surviennent des troubles de la motilité, des mouvemens convulsifs, tétaniques, des raideurs, etc. Tous ces accidens sont passagers, et disparaissent complètement en quelques heures, en quelques jours. A cette forme se rapporte l'observation 4.e, dans laquelle se sont montrés des accès épileptiformes pendant la nuit, avec perte momentanée, plus ou moins complète, de connaissance.

V.e *Forme* : Il n'y a plus de perte de connaissance. C'est une paralysie survenue subitement, locale, ou même hémiplégique, et quelquefois peut-être même générale, quoique M. Andral ne le dise pas, et qui se dissipe promptement sans laisser de traces.

Dans l'observation suivante, la paralysie fut générale.

Obs. IX.e — Chilperic (Vincent), 21 ans, tisserand, trapu, constitution forte, entra à l'Hôtel-Dieu le 10 mai 1834. Il se plaignait depuis quatre jours d'une céphalalgie opiniâtre occipitale, à pression extérieure douloureuse. Six jours auparavant il avait reçu sur cette partie deux coups de poing auxquels il n'avait pas fait attention.

A son entrée, insomnie, apyrexie, yeux brillans, face un peu rouge; point de trouble des fonctions organiques, lenteur des mouvemens, pesanteur cérébrale générale, paupières appesanties, point d'éblouissemens, connaissance normale; céphalalgie occipitale pulsative, irradiant par toute la tête, pression extérieure à peine douloureuse (Saignée de xii ℥, pédiluve sinapisé).

Le lendemain, même état; légers fourmillemens des membres (Vésicatoires aux cuisses).

12. Le malade est frappé d'une paralysie générale; les membres soulevés retombent comme des masses inertes; ils ont la chaleur et la sensibilité ordinaires; facies comme les jours précédens; vue, ouïe, intelligence entièrement conservées; paralysie de tous les mouvemens de la langue, point de déviation de la bouche; point de paralysie des muscles de la face et des mouvemens de la tête. A toutes les questions, les mouvemens des yeux et de la tête indiquent qu'il entend et comprend parfaitement. La céphalalgie n'a point changé de caractère, la pesanteur générale est une gêne bien plus prononcée; somnolence, tintemens d'oreille, étourdissemens; sentiment de fourmillemens et d'engourdissemens des quatre membres. Le malade est comme une masse immobile dans son lit. Appétit, respiration seulement un peu grande; pouls plein, ondulant, à 64 pulsations; déglutition un peu gênée (Saignée de xvi ℥. Sinapismes sur les membres).

Le soir, le malade a passé la journée absolument dans le même état (Vésicatoire à la nuque).

13. La parole n'était plus qu'un peu embarrassée: le malade nous dit que, pendant la nuit, les engourdissemens, les fourmillemens, la pesanteur de tête, etc., ont peu à peu diminué. Bientôt il a pu exécuter quelques mouvemens; maintenant encore ils sont lents, peu étendus. Tête bien dégagée; encore un peu de chaleur faciale. même douleur occipitale à peu près.

Examiné attentivement dans les huit jours suivans, le malade se débarrassa peu à peu et complètement de la lenteur et de la faiblesse des mouvemens, des fourmillemens, etc. Il sortit au bout de dix jours entièrement guéri.

Remarquons: 1.° Les coups antécédens; 2.° les symptômes antécédens de polyæmie cérébrale; 3.° la douleur locale, sans traces extérieures; 4.° l'apparition instan-

tanée de la paralysie complète des quatre membres et de la langue : comment les coups l'ont-ils déterminée ? 5.° la guérison rapide.

VI.° *Forme* : Mouvemens convulsifs subits, partiels ou généraux ; contractures momentanées, partielles ou générales : point de perte de connaissance ; quelquefois prodrômes de polyæmie cérébrale. Disparition prompte des accidens.

Obs. X.°—Martineau, âgée de 24 ans, domestique, de constitution forte, se plaignait depuis deux mois environ d'une légère toux avec sentiment de barre à la base du thorax. Augmentation marquée de ces symptômes depuis quinze jours ; de plus, céphalalgie frontale continue, anorexie, bouche amère, pommettes colorées, peau chaude, apyrexie, ailes du nez et commissures labiales jaunes.

Réglée le 9 mars 1835, ces symptômes dataient du 11 au soir ; en outre, congestion pulmonaire assez marquée (Râle sibilant, oppression, etc.). (Bouillon de poulet. Pédiluve sinapisé).

12. Même état, lèvres rouges, turgescentes (25 sangsues sur la poitrine. Sinapismes aux pieds).

Soir. La malade a eu les sangsues à l'épigastre vers trois heures ; à peine étaient-elles tombées, qu'elle sentit une augmentation rapide de la céphalalgie ; en même temps, resserrement douloureux du thorax, difficulté et accélération de la respiration, sentiment de fourmillemens et d'engourdissemens des jambes. Cinq minutes plus tard les mains étaient contracturées fortement, les pieds paralysés ; perte de sensibilité de ces parties.

A trois heures et demie, face très-colorée, respiration difficile, à 60 inspirations par minute, pouls petit, concentré, sans accélération ; les mains et les doigts contracturés sont froids et violets. les pieds paralysés, mais chauds, insensibles ; intelligence saine, céphalalgie frontale très-marquée ; jamais il n'y a eu de pareil accès (Saignée de xvi ℥). Dix

minutes après, mêmes symptômes. Demi-heure après, tous les symptômes de congestion cérébrale ont disparu; les pieds et les mains, la tête, sont dans leur état normal; seulement respiration un peu gênée.

Pendant les quinze jours suivans, la malade offrit de l'abattement, un teint terreux, de l'anorexie; on craignait chez elle le développement d'une fièvre typhoïde. Ces symptômes cédèrent aux évacuans et aux rafraîchissans. Elle sortit complètement guérie le quinzième jour.

7.e *Forme.* C'est le trouble de l'intelligence qui la constitue. M. Andral semble dire que la terminaison en est souvent fatale. On y observe un délire plus ou moins violent, débutant tantôt instantanément, tantôt après des prodrômes de polyæmie cérébrale plus ou moins prononcés. Cette forme se rapproche un peu de la méningite, ce qui l'en distingue principalement, c'est l'absence de fièvre.

Je citerai deux exemples de cette forme.

Obs. XI.e — 1.° Guiard (obs. 7e.) qui est pris parfois spontanément d'un délire sourd ou violent. Il court çà et là, veut battre ou tuer, etc. Une à 24 heures après, et quelquefois plus, il est revenu à son état ordinaire.

2.° Allard, carrier, 32 ans, constitution forte. Toujours il jouit d'une santé robuste; mais, à certaines époques, il est pris tout-à-coup de folie, de manies; il court çà et là, crie, veut se faire du mal, etc.; il y a en même temps de la céphalalgie, un faciès rouge, des yeux brillans, etc. Cet état ne dure que deux à six jours. Une saignée dissipe tous les symptômes.

8.e *Forme.* C'est une fièvre continue dans laquelle prédominent les symptômes de la première forme: ensorte que, comme dit M. Andral, la fièvre ôtée, il n'y a plus que de l'hypérémie cérébrale. C'est une des formes les plus fréquentes. Là doivent se rattacher ces céphalalgies violentes avec éblouissemens, etc., qui accompagnent la période de chaleur d'une fièvre d'accès; cet état fébrile

intense, sans symptômes locaux tranchés, qu'on nomme *fièvre angéioténique;* cet état d'irritation générale qui précède beaucoup de maladies aiguës, etc.

N'est-ce pas cet état de malaise, parfois de frissons, plus souvent de chaleur vive générale, avec pouls plein, facies vultueux, etc., auquel certaines personnes sont sujettes à des époques fixes ou irrégulières? N'est-ce pas enfin, pour ne pas en citer bien d'autres exemples, la congestion cérébrale avec soif, fièvre vive, etc., qui suit quelquefois un bain chaud?

Portés plus loin, les symptômes pourront simuler une méningite, une encéphalite, etc., et même en présenter la marche, les périodes.

L'observation suivante ressemble beaucoup à une méningite, surtout à une méningite de la base, si l'on admet avec MM. Martinet et Parent-Duchâtelet l'absence presque constante de délire violent dans cette dernière?

OBS. XII.e — Moreau (Pierre), âgé de dix ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 29 janvier 1835. Depuis près de deux mois il se plaignait d'une céphalalgie continue, légère. Depuis huit jours, augmentation de la douleur de tête, quelques vomissemens bilieux, fièvre, soif. (Huile de ricin; vésicatoires aux jambes).

A son entrée, face rouge, même céphalalgie, pouls vif, langue saburrale, vomissemens fréquens, facies souffrant; point de symptômes abdominaux. (Six sangsues au cou).

30 et 31. Même état. Frissons pendant 20 minutes chaque après-midi, avec douleurs vives dans les membres au point de faire crier.

1er au 3 février. Assoupissement, petits cris plaintifs parfois, surtout quand on le remue; même fièvre, yeux abattus, stupeur. Irrégularité et inégalité du pouls, pupilles normales. Point de délire. Il faut lui arracher les réponses.

3. Même fièvre, yeux fixes, mouvemens lents, point de réponses; facies prostré, pâle, souffrant; décubitus pres-

qu'immobile sur le dos ; langue blanchâtre ; point de symptômes gastro-intestinaux.

4 et 5. Salivation abondante, trismus, légère roideur générale ; pouls toujours irrégulier, très-vif ; perte de voix et de connaissance, yeux demi ouverts, pupilles dilatées. Respiration un peu soufflante. Diarrhée. (Deux vésicatoires aux cuisses).

5. Râle trachéal, coma profond, sortie d'écume blanchâtre par les narines ; face sans coloration tranchée. Mort à cinq heures du soir.

Autopsie 40 heures après la mort. — Dure-mère saine. Lacis inextricable de vaisseaux sanguins dans l'arachnoïde, qui lui donnent une couleur rouge uniforme, mais sans traces d'épaississement ou de friabilité de la membrane, sans adhérences anormales, sans suppuration. Deux onces environ de sérosité dans l'arachnoïde et une once dans les ventricules. Substance cérébrale de consistance normale, mais de couleur rosée assez évidente. Le volume de la masse encéphalique est visiblement augmenté. Dans toute la masse, les surfaces des incisions sont fortement sablées, à points rouges confluens.

Méninges rachidiennes et moelle spinale saines. Toute la membrane muqueuse intestinale est blanchâtre, sans ramollissement. Point de lésions dans les autres organes.

Remarquons : 1.° la céphalalgie continue du début ; 2.° la fièvre persistante sans lésions pour l'expliquer ; 3.° les vomissemens opiniâtres du début avec une muqueuse gastrique normale ; 4.° l'augmentation sensible du volume cérébral. C'est une turgescescence, une plénitude du tissu. Je n'ai pu retrouver cette augmentation de volume dans mes autres observations, quoique M. Andral semble dire qu'elle est assez commune.

(*La suite au prochain Numéro*).

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches sur les anévrysmes des artères de la tête ; par D. G. Henri Nebel (1).

Une femme âgée de 28 ans était tourmentée d'une céphalalgie opiniâtre depuis le mois de juin 1832. De temps en temps elle déraisonnait, sans toutefois avoir fait de mal à personne. Le 30 août de la même année, sans qu'on ait pu ensuite en trouver la cause, elle se livra dans sa chambre à des actes de violence et de folie. Appelées par le bruit et par les cris de son fils, des personnes qui habitaient dans la maison s'approchèrent, mais effrayées de sa fureur, se retirèrent après l'avoir enfermée. Le lendemain matin, je la trouvai tranquille, mais tantôt elle répondait à mes questions, tantôt elle divaguait. Sa figure portait l'empreinte de la folie ; elle ne pouvait se rappeler ce qu'elle avait fait la nuit précédente.

Le 31 août, elle fut transférée à l'hôpital. L'examen de la malade fut très-difficile, en raison de ses divagations continuelles et de l'absence de renseignemens sur le commencement et la cause de l'affection. Il n'y avait pas d'autre symptôme qu'une douleur de tête qui existait depuis quelques mois, et qu'elle avait comparée parfois, en parlant à sa sœur, à des coups de marteau, d'autres fois aux mouvemens que pourraient faire des scarabées dans le cerveau.

L'abdomen était si mou que nous pouvions presque toucher la colonne vertébrale (signe qu'on rencontre souvent dans les hydrocéphales) ; elle ne pouvait marcher. Plus tard elle marcha en boitant un peu. Quelques jours après l'œil

(1) Extrait d'un travail intitulé : *Dissertatio inauguralis medica, exhibens observationem duorum ancorysmatum, etc.* Heidelb., 1834.

droit parut tout-à-fait amaurotique sans qu'elle pût dire depuis combien de temps. Nous apprîmes de sa sœur qu'avant son accès de manie elle y voyait très-bien des deux yeux, et que plus tard, à l'hôpital où elle visitait la malade, celle-ci lui dit tout-à-coup qu'elle ne voyait plus de l'œil droit, et la pria de passer à sa gauche. L'olfaction était affaiblie ou même complètement abolie. Depuis son entrée elle n'eut plus d'accès de manie, mais souvent elle délirait, conversant avec son fils ou d'autres personnes absentes, qu'elle s'imaginait être auprès d'elle, ne remarquant point ceux qui l'entouraient, prenant des étrangers pour des personnes de sa connaissance, quelquefois ne reconnaissant pas sa sœur qui venait la voir de temps à autre. Ordinairement elle se sentait très-faible, reposait tranquillement, ayant souvent ses deux mains à sa tête. Quand on lui demandait si elle souffrait, elle répondait d'habitude qu'elle se trouvait très-bien. Il fut facile de soupçonner que la cause de cette affection singulière était une altération dans le cerveau. Il devait être beaucoup plus difficile d'en préciser la nature. On pensa qu'il s'agissait d'un ramollissement de la pulpe encéphalique. On employa successivement des sangsues à la tête, du mercure doux, des sinapismes et des vésicatoires aux jambes, un séton à la nuque, de l'infusion d'arnica et puis du vin de quinquina, pour rémédier à la perte de plus en plus grande des forces.

Son état restant stationnaire et ne donnant aucun espoir d'amélioration, elle fut transportée au mois d'octobre dans l'hôpital civil catholique. On ne put obtenir que peu de renseignemens sur les symptômes qu'elle présenta dans cet établissement, et sur la manière dont elle y fut traitée. Pendant quelques semaines elle resta à-peu-près dans le même état que dans l'hôpital académique, délirait quelquefois, mettait souvent ses mains à sa tête, se taisant d'ordinaire et ne se plaignant jamais d'aucune douleur. Elle eut aussi une fois une diarrhée assez violente. Plus

tard ses réponses devinrent plus justes, elle délira moins, mais devint plus faible, resta continuellement couchée et maigrit considérablement.

Autopsie. — Après avoir poussé de la cire dans les artères de la tête et après avoir enlevé le crâne, on divise avec soin le cerveau suivant sa longueur. En disséquant le corps calleux on trouve une tumeur qui a déprimé la masse cérébrale. Cependant celle-ci n'a subi d'autre altération qu'un léger ramollissement dans une petite étendue. Un examen attentif de la tumeur la fait reconnaître pour un anévrysme du volume d'une noix, situé entre l'hypophyse et la selle turcique, et qui a complètement séparé l'hypophyse du cerveau. La forme de cet anévrysme est un peu globuleuse ; son plus grand diamètre, long d'un pouce trois lignes, est horizontal, un peu oblique, et répond à une ligne qui, passant du bord supérieur et postérieur du rocher gauche sur la selle turcique, serait parallèle à ce bord et au bord postérieur du processus ensiforme du sphénoïde du côté droit. Le diamètre qui croise le premier a un pouce et une ligne de longueur. Enfin, une ligne menée perpendiculairement à la partie moyenne de la tumeur, a environ un pouce. Cette tumeur présente deux tubercules plus saillans, tous deux dans son plus grand diamètre : l'un, regardant en avant et à droite, prend insensiblement une forme sphérique. Le plus petit, complètement opposé au précédent et regardant en haut, offre une saillie plus tranchée et semble un segment d'une sphère plus petite sur-ajouté à une sphère plus grande.

Si, après avoir écarté la partie latérale gauche du cerveau, on examine la tumeur dans sa position naturelle, on aperçoit d'abord l'artère carotide interne gauche placée comme d'ordinaire dans le canal carotidien jusqu'à sa quatrième courbure. Mais dès que cette artère a fourni l'artère ophthalmique, la tumeur la repousse à gauche, ainsi que les artères environnantes ; savoir, la communicante pos-

térieure, l'artère choroïdienne, et la cérébrale moyenne ou artère de la scissure de Sylvius. Quant à l'artère du corps calleux, immédiatement après l'origine de la cérébrale moyenne, elle s'élève de la partie médiane de la tumeur, à laquelle elle adhère jusqu'à son sommet; elle fournit en ce point son rameau le plus inférieur sur lequel nous allons revenir (c'est le rameau qui fournit à la partie inférieure du lobe du cerveau); puis un rameau supérieur, puis contournant l'extrémité antérieure du corps calleux, suit son trajet accoutumé. Le rameau inférieur de cette artère se dilate bientôt en forme d'entonnoir; trois lignes au-delà de son origine, sa paroi inférieure s'évase pour constituer la tumeur anévrysmale, puis après lui avoir donné naissance l'artère se comporte comme d'ordinaire. Le nerf optique gauche est tellement comprimé par la tumeur avant son entrecroisement qu'il entoure comme une espèce de ruban la partie postérieure gauche de cette tumeur. Pour étudier son intérieur, on la fend longitudinalement à gauche; elle est remplie en totalité par un caillot de sang épais. Dans le lieu qui est le plus près de l'artère malade, on aperçoit une coagulation de la grosseur d'une aveline, moins dense et de formation plus récente. Il n'y a aucune cloison dans la cavité de l'anévrysme. Ses parois sont épaisses d'un quart de ligne à une demi-ligne. On peut y distinguer trois membranes : la membrane externe celluleuse a un quart de ligne en plusieurs points, et unit d'une façon très-intime les vaisseaux adjacens avec la tumeur : de nombreux ramuscules artériels se ramifient dans son épaisseur. La membrane moyenne, dense et résistante, offre un aspect presque tendineux. Enfin l'interne, examinée après qu'on a enlevé les lamelles de sang coagulé qui la recouvrent, est polie et ne diffère point de la membrane interne des artères à l'état sain.

Après avoir rapporté en détail l'observation précédente, M. Nebel rapporte plus ou moins brièvement les faits ana-

logues qu'il a rassemblés au nombre de douze. Comme il signale plus loin ce que ces faits contiennent d'important, nous nous contenterons de transcrire ici le nom de l'auteur et de la publication à laquelle ils sont empruntés.

1.° G. Blane, *Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurgical knowledge.* Vol. II, p. 192.

2.° J. Bell, *Anatomy of the human body.* T. II.

3.° Hogdson, *A treatise on the diseases of arteries and veins*, p. 70-78. — 4.° *Id.*, p. 132. — 5.° P. 133.

6.° Krimer, *Græfe und Walter Journal.* Bd. X. heft 4, p. 587-597. (Anévrysme de la ménlngée moyenne, qui, pris pour une loupe et ouvert, cause la mort).

7.° et 8.° Serres, *Archives gén. de Méd.*, 1.re série, T. X, p. 421-431.

9.° *The Lancet.* Vol. II, p. 157.

10.° Chevalier, *London Medical and physical Journal*, 1828, janv., vol. LVIII, p. 498.

11.° J. A. Jennings, *Transactions of the provincial medical and surgical association.* Vol. I, 1833.

12.° G. Breschet, *Mémoires chirurgicaux sur différentes espèces d'anévrysme.* Paris, 1834, 4. Tab. V.

M. Nebel passe ensuite à l'analyse de son observation et de celles que nous venons de citer. Se demandant d'abord l'époque du développement de l'anévrysme dans le cas qui lui est propre, il arrive à cette conclusion que l'anévrysme, d'abord peu volumineux, né sous l'influence d'une cause qu'on ne peut déterminer, dut persister pendant un temps plus ou moins long sans apporter un grand trouble dans la santé, et qu'à partir de la nuit où la malade fut saisie d'un accès de manie, la tumeur ayant probablement acquis une étendue plus considérable, les effets sur les fonctions devinrent plus appréciables. Quelle est maintenant, dit l'auteur, la nature de cet anévrysme? d'après son aspect il est sacciforme; à peine la lumière du vaisseau est-

elle est un peu dilatée en entonnoir dans l'étendue de deux lignes à partir de son origine. Il ressemble entièrement aux anévrysmes faux de Scarpa, dans lesquels les membranes interne et moyenne étant rompues, l'externe constitue par sa dilatation le sac anévrysmal. Mais, d'un autre côté, on peut y démontrer clairement trois membranes nullement altérées, et dont chacune est réciproquement semblable à une membrane artérielle du même ordre. Toutefois la moyenne est un peu plus épaisse, ce qu'il est facile d'expliquer par le calibre de l'anévrysme plus grand que celui de l'artère. Il est fâcheux qu'un hasard ait détruit l'union de la tumeur avec l'artère ; l'étude de ce point eût pu fournir quelques renseignemens utiles. Néanmoins nous ne devons pas regarder cette affection comme un anévrysme vrai, puis qu'outre la disposition sacciforme et circonscrite, le sac était rempli par de la fibrine concrète en telle quantité, que toute entrée à de nouveau sang devait être fermée dans les temps qui ont précédé la mort. Or, on sait qu'il y a des coagulations fibrineuses dans ces sacs seulement, qui sont nés de la destruction des membranes artérielles (1).

La tumeur anévrysmale dont nous avons rapporté l'histoire est presqu'en tout semblable par l'étendue, la situation et la masse fibrineuse, à celle observée par Chevalier (*l. c.*), qui ne s'étendant pas du reste sur la nature de la maladie, ne permet de faire aucun rapprochement sur ce point. D'après l'existence du noyau de sang de récente coagulation, trouvé dans ce cas, il paraît que la circulation s'est faite jusqu'à la mort. Dans ce cas aussi, l'hypophyse était séparée entièrement du cerveau, et les mêmes parties à-peu-près de cet organe avaient dû nécessairement être déplacées. Les symptômes se rapportaient assez à ceux que nous avons décrits plus haut ; ainsi la céphalalgie, la faiblesse,

(1) Ce fait n'est point aussi constant que le pense M. Nebel.

le délire, si on peut ainsi nommer un état chronique dans lequel les malades, ne jouissant pas complètement de leur raison, parlent de la même manière que les fébricitans dans le délire. La femme qui fait le sujet de l'observation de Chevalier jouissait de l'odorat; elle manquait du sens de la gustation; la nôtre avait conservé le goût, mais l'olfaction et la vue d'un côté étaient perdues. Ces deux femmes avaient en commun cet aspect particulier de stupidité et quelquefois d'ivresse, bien qu'elles ne fussent jamais ivres. On parvenait difficilement à les faire parler, ce qu'elles ne faisaient qu'avec grande difficulté, bien qu'avant leur maladie elles n'eussent jamais eu aucune hésitation dans la parole. Elles ne s'adonnaient à aucun travail ni l'une ni l'autre. — Dans l'observation de Blane sont notés le vertige, la céphalalgie, l'obscurcissement de la vue, et une fois la diplopie. Lorsque le médecin vit, pour la première fois, la malade qui en fait le sujet, elle était aussi maniaque, et déjà auparavant elle n'avait pas joui de la plénitude de sa raison, et était de temps à autre prise de manie. Dans ce cas aussi ce ne fut qu'à l'invasion de ce dernier phénomène que les symptômes de l'affection parurent à la malade et à ses proches devenir plus graves. La dilatation anévrysmale des artères avait déplacé une partie du cerveau moins considérable; l'hypophyse n'avait pas été détachée, mais elle était seulement comprimée. Est-ce en même temps que l'accès de manie est survenu, qu'a eu lieu la formation de cet anévrysme? Cela est possible, de même que dans l'observation détaillée plus haut. Dans le premier cas, observé par Serres, il paraît qu'on doit regarder comme produits par l'anévrysme, la douleur de tête et les autres symptômes analogues, et que la somnolence et la série des signes d'apoplexie doivent être rapportés à la rupture de cette tumeur. Dans le second exemple cité par ce médecin, la malade ne fut soumise à son observation qu'au moment de la rupture de l'anévrysme, et par conséquent on ne peut

saisir au milieu de l'appareil de symptômes, résultat de l'épanchement de sang, ceux qui appartenaient à l'affection des artères cérébrales. Mais dans cet exemple le cerveau était ramolli, ce que nous avons aussi observé dans le cas recueilli par nous. — La femme observée par Hogdson avait été tourmentée de céphalalgie, de lenteur dans les idées, de surdité et de tintemens d'oreille. Le jeune homme dont parle le même auteur avait offert des phénomènes presque identiques. L'homme dont il est fait mention dans la *Lancette* avait été affecté d'hémiplégie.

Pendant deux années, celui dont l'histoire nous a été conservée par Jennings ne paraît pas avoir présenté d'autre symptôme, que de la céphalalgie avant la rupture de son anévrysme. A ce moment, il lui sembla qu'il recevait un coup violent sur la région cervicale; et il s'ensuivit tous les phénomènes de l'apoplexie.

Tous ces auteurs ne font point mention de l'état de l'abdomen, circonstance qui n'est nullement à négliger dans l'étude des lésions cérébrales.

L'exemple que je viens de décrire présente plusieurs particularités dignes de remarque. D'abord il est survenu chez une femme; dans les exemples que j'ai rassemblés, on en a trouvé presqu'autant sur des sujets féminins que chez des hommes. Ensuite, les exemples d'anévrysmes du cerveau sont très-rares. Déjà Baillie et Hogdson l'ont fait remarquer. L'un n'en a vu que deux, l'autre que trois cas. Il paraît que la raison de cette rareté peut être trouvée dans la nécessité où est l'artère rompue, pour former un sac anévrysmal, d'être entourée de tissu cellulaire en assez grande quantité pour empêcher le sang de se répandre. Or la pie-mère, seule membrane extérieure aux artères est trop tendre, la matière environnante trop molle pour constituer ce sac. Il arrive donc que la rupture des membranes de ces vaisseaux, qui, ailleurs, aurait favorisé le développement d'un anévrysme, devient ici la cause d'un épanche-

ment sanguin et d'une apoplexie. Hogdson pense que, dans les artères du cerveau, l'espèce d'anévrysme qui est la plus fréquente est celle qui est constituée par la dilatation des membranes.

Si maintenant on recherche le siége spécial de ces anévrysmes du cerveau, on pourra, d'après les faits publiés par les auteurs, dresser le tableau suivant :

Anévrysme de l'artère du corps calleux : le seul exemple observé jusqu'ici, est, d'après les recherches les plus minutieuses que j'ai faites à ce sujet, celui qui m'appartient. 1

Anévrysme de l'artère méningée moyenne. 1

Anévrysmes de la carotide cérébrale. 2

Id. de l'artère basilaire. 5

Id. de l'artère communicante antérieure du cerveau ou de ses ramuscules. 2

Anévrysme de l'artère cérébrale moyenne ou de la scissure de Sylvius. 3

Les circonstances suivantes ne sont pas moins dignes de remarque. A l'exception de l'observation de Chevalier, il n'est pas d'exemple d'anévrysme du cerveau plus volumineux que celui que nous avons décrit. Il n'y a moins lieu de s'étonner de l'épaisseur de ses parois, si l'on a égard à la ténuité des membranes de l'artère et à l'état des parties voisines. Enfin, ce cas est un exemple des moyens que la nature peut employer pour la guérison des anévrysmes. Si, en effet, le sac anévrysmal à travers lequel le sang ne pouvait plus trouver de passage, eut eu son siège dans une région située à l'extérieur au lieu d'être dans le crâne, il n'eut plus été dangereux, et l'on eut pu facilement l'enlever, ou peut-être serait-il tombé de lui-même.

Si maintenant l'on essaie, par le rapprochement de ces faits, de s'élever à quelques généralités sur les causes, les signes et le dignostic de cette affection, on verra que, hors le cas de Blane, dans lequel plusieurs parens de la malade étaient morts d'apoplexie, il n'est nulle part fait mention

de la disposition héréditaire qui manquait dans le fait que nous avons observé. Dans aucun cas on n'a signalé de causes occasionnelles. Quant aux causes prédisposantes, les plus évidentes dans leur action sont les congestions vers la tête, bien qu'on ne puisse leur trouver à elles-mêmes aucune cause déterminante dans les exemples que nous avons rapportés, sauf le cas rapporté par M. Serres ; où l'habitude de l'ivrognerie a paru avoir donné naissance à la maladie.

Les signes de l'affection observés dans ces cas sont à-peu-près les mêmes. En premier lieu, la céphalalgie, et spécialement celle qui s'accompagne de douleurs pulsatives ou de la sensation d'un corps étranger dans la tête, devra faire soupçonner la lésion qui nous occupe. Souvent, comme dans notre cas, à une époque plus éloignée, les malades paraissent n'éprouver aucune sensation de douleur, et on ne peut cependant guères expliquer que par une sensation obscure de douleur cette tendance qu'ils ont à avoir presque continuellement leurs mains posées sur leur tête. En deuxième lieu, le vertige, les modifications éprouvées par les sens différens (suivant le siège varié de l'anévrysme), et leur affaiblissement. Si la tumeur surtout est située au voisinage de l'un des nerfs optiques et qu'elle le comprime, il s'ensuivra nécessairement une amaurose. Les accès de manie paraissent prendre leur origine, ou dans la rupture subite de l'artère et la formation de l'anévrysme, ou dans le développement plus rapide de cette tumeur ; peut-être aussi sont-ils causés par la plus grande impétuosité du sang, une fois que le sac est formé. La stupeur et l'indifférence qu'exprime la face dans cette affection qui déprime totalement les facultés intellectuelles, peuvent aussi fournir un signe susceptible d'être apprécié au premier coup-d'œil. Il en sera de même de la lenteur des idées, des hésitations de la langue. Il est facile de comprendre, d'après la nature de l'affection, l'existence d'une paralysie complète ou incom-

plète de l'un ou de l'autre côté du corps, suivant le siége de la tumeur. La mollesse et l'état de collapsus de la paroi abdominale, dans cette affection particulière, peuvent s'expliquer par les connexions qui existent visiblement dans les cas analogues entre le cerveau et l'abdomen.

Il nous reste maintenant à rechercher à quelle modification du cerveau on doit attribuer les symptômes de l'affection. Cette recherche est d'autant plus difficile que l'on a moins de connaissances certaines sur les fonctions de chacune des parties du cerveau dans l'état de santé.

Le ramollissement partiel qui est indiqué dans notre exemple, dans celui de Blane, dans le second de ceux de M. Serres, paraît devoir se trouver presque toujours dans cette maladie. Le cerveau semble éprouver ce changement de la même manière que les autres parties qui sont détruites par les pulsations continuelles d'un anévrysme; que les os qui sont affectés de carie et laissent un détritus. Sans doute que le ramollissement du cerveau peut donner naissance à des symptômes semblables à ceux que nous avons attribués à l'anévrysme. Mais cependant ce ramollissement, qui s'est produit en même temps que les autres signes, les autres conséquences de l'affection, ne paraît pas être la cause la plus puissante de ses symptômes, qu'on peut suffisamment expliquer par la lésion principale, l'anévrysme. Je n'oserai point même me prononcer sur les effets réels de la compression de l'hypophyse et de sa séparation du cerveau; plusieurs physiologistes attribuent à cette partie la propriété d'être affectée d'une manière particulière par les excitans extérieurs dont l'action vient aboutir au cerveau, par le secours des divers sens; de telle sorte, par exemple, qu'ils croient avoir remarqué que l'espèce de lumière qui ne fatigue point les yeux d'un homme sain ne peut être supportée par les yeux d'une personne dont l'hypophyse est dans des conditions morbides, bien que ces yeux fussent tout-à-fait exempts de lésions. Nous n'avons pu apercevoir

ces sensations désagréables chez notre malade, et par conséquent il nous paraît tout-à-fait douteux que ce soient des symptômes de l'affection que nous étudions; et que, s'ils existent, ils doivent être attribués aux lésions mentionnées de l'hypophyse. Quant aux lésions de la vue et de l'odorat que nous avons observées, il est hors de doute qu'elles sont l'effet de la tumeur qui comprimait le nerf optique gauche et les nerfs olfactifs.

Toutes ces données sont nécessairement incomplètes, mais n'en méritent pas moins d'être prises en considération.

Nous donnerons ici, comme complément du travail de M. Nebel, l'extrait d'une observation très-détaillée d'anévrysme du tronc basilaire, publiée par M. Lebert, dans les *Bulletins de la Société anatomique*. (N.° de mars 1836).

Barbier, âgé de 68 ans, d'une bonne constitution, ayant toujours été sobre, fut en 1817 subitement frappé de paraplégie avec perte de connaissance. L'usage des sens fut bientôt recouvré, mais les mouvemens des membres inférieurs ne revinrent que d'une manière graduelle et ne reprirent que la force nécessaire pour permettre au malade de marcher à l'aide d'un bâton. Au début, tête lourde et douloureuse, respiration gênée; plus tard, voix faible, parole difficile. Pendant de longues années, état stationnaire de l'affection, qui enfin fit des progrès si rapides, que le malade ne put plus quitter le lit. Pendant quatre mois le mal fut stationnaire, et c'est alors qu'il fut observé et présenta l'état suivant au commencement de l'année 1835.

Les quatre membres n'ont que des mouvemens volontaires très-faibles; léger affaiblissement de l'intelligence et de la sensibilité générale; intégrité des sens. La moindre secousse de la tête détermine des étourdissemens et de la suffocation; la voix est presqu'éteinte; la respiration lente, laborieuse et oppressée. La langue est difficilement amenée

au niveau des lèvres ; la déglutition est pénible; le ventre est indolent ; le cours des urines et des matières naturelles ; aucune autre altération fonctionnelle. Après plusieurs alternatives de mieux et de mal, tous les troubles fonctionnels augmentèrent rapidement vers la fin d'avril 1835, et la malade succomba le 19 mai.

Nous ne rapporterons de *l'autopsie* que ce qui a rapport à l'encéphale. Les enveloppes sont saines. Le cerveau est généralement mou, surtout vers les parties centrales. Les ventricules latéraux contiennent à peine une cuillerée de sérosité limpide. Une tumeur bleuâtre, ferme, mamelonnée, ayant à-peu-près la forme et le volume d'un petit œuf de poule, existe au-devant de la moelle alongée. Située au-dessous de l'arachnoïde, elle repose d'une part sur la gouttière basilaire, et de l'autre elle est en rapport avec la face antérieure du bulbe rachidien qu'elle comprime fortement. Elle se termine en bas par un léger renflement qui dépasse de quelques lignes le niveau du trou occipital. Elle détermine, sur la partie interne et convexe des lobes cérébelleux, une dépression susceptible d'admettre un haricot. Il n'y a en cet endroit aucune altération de la substance du cervelet. Les nerfs de la sixième paire, ainsi que la protubérance annulaire, ne sont point comprimés. Cependant celle-ci a perdu une partie de son volume ordinaire. L'extrémité supérieure de la moelle verrébrale, creusée en forme de gouttière en avant, embrasse exactement toute la portion correspondante de la tumeur. Elle offre en outre, dans la même étendue, une teinte jaune superficielle beaucoup moins foncée que celle des anciens foyers apoplectiques, et un ramollissement considérable qui diminue à mesure que la tumeur devient moins volumineuse. On ne trouve plus de traces des éminences pyramidales, si ce n'est à la partie supérieure du bulbe rachidien. Les éminences olivaires, déprimées en dedans, semblent être écartées l'une da l'autre et déjetées en dehors. Les racines des nerfs hy-

poglosses sont en partie détruites, et les nerfs eux-mêmes atrophiés. Celles des pneumo-gastriques, des glosso-pharyngiens, sont légèrement aplaties. L'accessoire de Willis est distinct et sans lésion appréciable dans tout son trajet. On ne découvre rien d'anormal dans le reste de la moelle épinière. La tumeur anévrysmale formée au niveau du confluent des deux artères vertébrales, n'a pas moins de vingt-une lignes en longueur et de quinze lignes dans son diamètre transversal; elle est, par conséquent, plus grosse qu'aucune de celles dont nous avons parlé plus haut. Sa surface rugueuse est surmontée de trois tubercules, dont deux s'enfonçaient dans la substance du bulbe rachidien. Les parois de l'artère sont incrustées de plaques jaunâtres. La poche anévrysmale est remplie par une masse fibrineuse dense, homogène et grisâtre qui adhère faiblement.

La dissection des parois de la tumeur a paru à M. Lebert démontrer l'existence des trois tuniques de l'artère basilaire jusque sur le sommet des tumeurs; mais d'après des recherches consécutives faites sur la pièce par M. Nivet, celui-ci crut pouvoir affirmer que les parois du sommet de l'anévrysme n'étaient point formées par les trois tuniques; et que si pendant un certain temps cette tumeur a été un anévrysme vrai, elle est devenue plus tard un anévrysme mixte externe.

Du bruit du cuir neuf comme signe diagnostique des maladies de l'abdomen; par le docteur J. Corrigan (1).

Depuis un certain nombre d'années, les signes physiques des maladies ont attiré, à juste titre, l'attention des pathologistes. Indépendans des sympathies qui rendent souvent les signes fonctionnels fort incertains, ils deviennent des guides fidèles dans le diagnostic quand leur cause a été constatée d'une manière correcte. On ne saurait donc

(1) *Dublin Journal*, N.° 27.

trop s'assurer de leur existence, ni mettre trop de sévérité dans l'appréciation du mécanisme de leur formation.

On a observé parfois dans quelques maladies de l'abdomen un craquement d'une nature particulière. Il est important pour la science du diagnostic, et par conséquent pour la pratique médicale, de déterminer avec soin le mode de production de ce bruit et les conditions morbides avec lesquelles il est nécessairement lié. Dans le volume 9 des *médico-chirurgical Transactions* de Londres, le docteur Bright décrit ce craquement comme une sensation particulière communiquée à la main, offrant diverses nuances, entre la crépitation produite par l'emphysème et la sensation que l'on perçoit lorsqu'on ploie du cuir neuf dans la main. Dans un autre endroit du même Mémoire, il compare la sensation que l'on éprouve, dans des cas où ce bruit existe, à celle que l'on perçoit quand on frotte le doigt ou la main sur un carreau de vitre humide.

Ce phénomène a été décrit par le docteur Piorry suivant lequel la sensation qui en résulte, semble se rapporter à la-fois au doigt qui percute et à l'oreille qui l'écoute.

D'après mes observations, le phénomène est plus facile à reconnaitre qu'à décrire. Lorsqu'on presse ou qu'on ploie du cuir neuf de manière à le faire crier, nous percevons un sensation particulière qui nous est transmise en même temps par l'oreille et par le doigt, sensation telle qu'il semble que l'impression faite sur l'organe de l'ouie, lui est transmise par l'intermédiaire du doigt qui est en contact avec le cuir. Telle est la sensation que fait naître le craquement qui nous occupe, autant qu'il m'est possible de la décrire.

Dans les cas où le craquement est peu appréciable par la simple application de la main, le stéthoscope est très-utile pour le découvrir. Dans ce but, il faut appliquer le stéthoscope sur la partie de l'abdomen où l'on veut en constater la présence, tandis que les parois de cette cavité sont pressées

avec une force modérée et une certaine instantanéité. Le craquement paraitra alors très-fort à l'oreille et obscur au doigt.

Le docteur Bright considère ce craquement comme indiquant l'existence d'adhérences dans le péritoine. Les faits cités par cet auteur étaient bien propres à lui inspirer cette conviction ; cependant, avec cette prudence qui naît de l'instruction et de l'expérience, il émet des doutes sur la question de savoir si ce craquement n'appartiendrait point principalement à la période de formation des adhérences en question. L'observation suivante, qui m'est propre, me parait devoir jeter quelque lumière sur ce qu'il y a d'incertain relativement à la production du craquement de cuir dans l'abdomen, et pourra servir à faire connaître l'état pathologique du péritoine qui le produit.

Observation. —Jane Priest, agée de quarante-sept ans, entra à l'hôpital en mai 1834. Elle avait subi la ponction en avril, et après diverses modifications dans sa santé qu'il serait inutile de rapporter, on crut devoir pratiquer la même opération en juin. Lorsque la sérosité se fut écoulée, on reconnut pour la première fois quelques petites tumeurs sphériques, dures, qui occupaient l'hypocondre et la région lombaire du côté gauche. Dans cet endroit, on sentait une plénitude très-marquée, tandis que le reste du ventre était flasque. Si l'on appuyait avec la main sur la partie de l'abdomen qui conservait la plénitude indiquée, on percevait un craquement semblable à celui du cuir neuf. Dans le même point, la percussion donnait naissance à un son mat ; le reste de l'abdomen avait un son clair. Les changemens d'attitude n'avaient aucune influence sur le siège de la matité et de la sonoréité. Depuis le mois de mars jusqu'au 16 octobre, jour de sa mort, la malade subit six fois la ponction. La sensation du craquement persista jusqu'au moment de la mort, mais avec une intensité variable. Quand l'abdomen était très-distendu par le liquide, le craquement était à peine appréciable mais

après chaque ponction, il redevenait très-distinct. La persistance de la plénitude dans le côté gauche, après chaque ponction, et l'existence de la matité dans le même point, malgré les changemens de position de la malade, firent considérer comme très-probable, qu'outre l'ascite, il y avait dans cette région une tumeur, sans doute dépendant de l'ovaire; et en effet, après chacune des dernières ponctions, on aperçut une tumeur qui proéminait et qui fit des progrès jusqu'au moment de la mort.

Autopsie. — Une tumeur volumineuse occupait la moitié gauche de la cavité abdominale. A la face antérieure de cette tumeur, existaient plusieurs petits kystes ressemblant à des hydatides dont aucun n'était plus gros qu'une noisette. Ces kystes étaient distendus par une sérosité dans laquelle nageaient un petit nombre de flocons. La tumeur elle-même appartenait à l'ovaire; elle était constituée par un vaste kyste et deux plus petits, remplis par une substance spongieuse, vasculaire et cérébriforme, offrant, en un mot, un exemple de cancer medullaire. Dans l'intérieur de la tumeur, se ramifiaient de grosses veines dont les troncs renfermaient une grande quantité de la même matière. Le péritoine pariétal et principalement la portion de cette membrane qui était située vis-à-vis la tumeur de l'ovaire, étaient couverts d'une couche de lymphe inégale, spongieuse, médiocrement ferme, et épaisse au moins d'un huitième de pouce. Au niveau des kystes dont il a été question, cette couche de lymphe présentait des dépressions qui en représentaient la forme exacte. C'est sur la partie la plus saillante de la grosse tumeur, dans l'endroit où les kystes faisaient saillie, que le craquement avait été perçu. Le péritoine qui recouvre les intestins était couvert de lymphe et de petits tubercules.

Cette observation nous permet d'établir à quel état morbide du péritoine appartient le bruit de cuir neuf et comment il est produit. Le docteur Récamier le considé-

rait comme indiquant la présence des acéphalocystes. Le docteur Piorry pense qu'il est produit par de petites hydatides très-nombreuses, qui se meuvent dans un vaste kyste qui leur est commun; mais il ajoute que les faits ne sont pas assez nombreux pour confirmer cette manière de voir. Le docteur Bright, comme il a été déja dit, attribue ce bruit à des adhérences. Le docteur Beatty, dans le sixième volume du *Dublin Journal of medical and chemical science*, exprime sa croyance que ce bruit est causé par le frottement, l'une contre l'autre, de deux surfaces opposées du péritoine, qui sont devenues raboteuses par suite d'une déposition de lymphe; mais il n'avait vérifié cette manière de voir par aucune autopsie cadavérique,

Le fait qu'on vient de lire réfute l'opinion de MM. Récamier et Piorry; il prouve que la présence des hydatides n'est point nécessaire pour la production de ce bruit. Les petits kystes séreux et sphériques qui adhéraient à la surface de la grosse tumeur, et qui peut-être ont été quelquefois confondus dans des cas analogues avec des hydatides, n'étaient autre chose que les vésicules de l'ovaire ayant atteint un développement anormal. Ils étaient peu nombreux, isolés les uns des autres, solidement fixés à leur place, et ils ne contenaient point dans leur intérieur d'hydatides libres; par conséquent, on ne peut point admettre, dans ce cas, la collision à laquelle le bruit de cuir neuf a été attribué.

La même observation prouve également, qu'il n'y a point de relation nécessaire entre la présence des adhérences dans l'abdomen et ce symptôme. En effet, dans les points où les petits kystes s'élevaient au-dessus du niveau de la grosse tumeur ovarique, la couche de lymphe qui recouvrait le péritoine offrait des empreintes extrêmement polies et ne laissait voir aucune trace d'adhérences.

Ne pouvant attribuer le craquement, ni à des hydatides ni à des adhérences, nous devons en chercher la cause ailleurs. Il ne reste plus pour l'expliquer que la tumeur volumineuse

de l'ovaire, les petits kystes et la couche de lymphe du péritoine. La tumeur de l'ovaire et les petits kystes ne sont point indispensables à la production du bruit du cuir neuf, car dans quelques-uns des cas du docteur Bright où il existait, il n'y avait ni tumeur, ni kystes semblables. La seule condition morbide qui nous reste pour l'expliquer, est donc la présence d'une couche épaisse de lymphe spongieuse, assez dense, qui tapissait le péritoine, et dont le frottement provoqué par la pression de la main, qui en même temps la comprimait, donnait lieu à un craquement particulier, de même qu'en pressant et en ployant un morceau de cuir neuf, on obtient une sensation analogue, mais beaucoup plus intense. Pour s'assurer si cette manière de voir pouvait être vérifiée par l'expérimentation, on détacha un morceau du péritoine recouvert de la lymphe, et on le replia de manière à mettre celle-ci en contact avec elle-même, en frottant et en comprimant les deux surfaces l'une de l'autre; le craquement fut produit d'une manière appréciable au toucher et par l'intermédiaire du stéthoscope mis en contact avec le morceau de péritoine. Dans cette expérimentation, il fut très-facile de produire le bruit de frottement ordinaire, mais ce n'est que de temps en temps que l'on put réussir à produire le bruit de cuir neuf. L'expérience fut répétée avec les mêmes résultats, le péritoine étant plongé dans l'eau.

Le docteur Bright a rapporté plusieurs observations à l'appui de sa manière de voir, relativement au craquement de cuir neuf qu'il attribue à des adhérences. On ne peut admettre que celles qui renferment l'inspection cadavérique : ces dernières sont au nombre de quatre, et il est important de les examiner et de chercher jusqu'à quel point elles sont favorables à la doctrine du docteur Bright ou à celle qui est consignée dans cette note.

Dans l'observation N.° 1, il y avait une tumeur encéphaloïde dans l'abdomen; des adhérences, et en outre une

couche de lymphe sur le péritoine ; en sorte que le docteur Bright reconnaît lui-même qu'il est impossible de déterminer à laquelle de ces lésions on doit attribuer le bruit observé pendant la vie.

Dans l'observation N.° 2, il y avait une tumeur volumineuse de l'ovaire ; dans l'endroit correspondant au siège du bruit du cuir, on trouva des adhérences entre la tumeur et le péritoine; mais il est bon d'observer que le bruit de cuir fut perçu dans le mois de février, et que la malade vécut jusqu'au mois de décembre suivant. Rien ne prouve que les adhérences existaient dix mois avant la mort ; cet espace de temps est trop long, et l'on ne dit point que ce bruit ait été perçu à une époque plus rapprochée du moment de la dissection.

La même objection s'adresse à plus forte raison à l'observation N.° 3, car le craquement fut observé ici en juillet et en août 1830, et le malade ne mourut qu'en novembre 1834. Il existe en outre des raisons presque certaines pour croire qu'à l'époque où le craquement fut observé, il ne pouvait y avoir aucune adhérence. En effet, sa présence fut reconnue en juillet 1830, immédiatement après une ponction de l'abdomen. Il n'est guère possible qu'il existât des adhérences à une époque où le péritoine contenait assez de liquide pour que cette opération fût nécessaire. A l'autopsie, en novembre 1834, on trouva des adhérences si intimes et si étendues, que la cavité péritonéale était presque entièrement oblitérée, de telle sorte qu'en incisant cette membrane dans son feuillet pariétal, on perfora les intestins. Il est évident que de telles adhérences ont dû se former consécutivement à la ponction opérée en juillet, et par conséquent après l'époque où l'on avait constaté la présence du craquement; si ce craquement eût dépendu des adhérences, au lieu de disparaître, il aurait dû devenir de plus en plus marqué à mesure que les adhérences se seraient consolidées. Au contraire, on ne dit point que le

craquement ait été observé après le mois d'août 1830, et nous pouvons en conclure qu'il avait cessé d'exister.

Dans l'observation N.° 4, la ponction fut aussi pratiquée et procura l'évacuation de trois pintes de liquide. Deux jours après, le craquement fut perçu. *Il fut observé pendant deux ou trois jours, et ensuite il cessa d'être distinct.* Cette circonstance fut reconnue en avril, et le malade vécut jusqu'en juin. A l'autopsie, on trouva le colon et l'épiploon adhérens aux parois abdominales. Il est plus que probable que dans ce cas, de même que dans le précédent, les adhérences se formèrent dans l'intervalle qui sépara l'opération de l'époque de la mort, et que le craquement, qui ne fut perceptible que pendant deux ou trois jours, n'exista qu'aussi long-temps que la lymphe répandue à la surface du péritoine, resta non adhérente à la surface opposée. Si les adhérences avaient été la cause de ce bruit, il n'y a pas de raison pour qu'il n'eût pas persisté jusqu'au moment de la mort.

Une cinquième observation, communiquée par M. Hutchinson, est également rapportée par le docteur Bright, mais elle est susceptible des mêmes objections, puisqu'il s'écoula cinq semaines entre l'époque où l'on observa le bruit et celle de la mort.

Toutes les observations rapportées par le docteur Bright nous laissent dans le doute pour savoir si nous devons attribuer le craquement de cuir, seulement à la présence d'une couche de lymphe qui se dépose préalablement à la formation des adhérences, ou bien à ces adhérences complètement formées. Il est vrai qu'il existait des adhérences après la mort, mais nous ne sommes pas en droit d'en conclure qu'elles existaient à l'époque où l'on observa ce bruit, car elles ont pu se former dans le long espace de temps qui s'écoula depuis cette époque jusqu'au moment de la mort. L'observation que je viens de citer éclaircit ce doute. Pendant la maladie de cette femme, le craquement

fut perçu fréquemment, et, comme après la mort on ne trouva aucune adhérence, on est en droit d'en conclure que les adhérences ne sont point nécessaires à sa formation, car il n'est guère possible que ces adhérences eussent disparu si elles avaient jamais existé.

Ce que l'on peut conclure des observations du docteur Bright réunies à la mienne, c'est que la crépitation, ou craquement de cuir, n'est point un signe diagnostique de la présence des hydatides, comme l'ont supposé les docteurs Récamier et Piorry, ni de celle des adhérences, comme l'avait admis le docteur Bright lui-même; mais que le doute exprimé par ce dernier est bien fondé, et enfin que la seule condition nécessaire pour la production du craquement de cuir, c'est la formation d'une couche de lymphe modérément épaisse et consistante, à la surface du péritoine, que cette production donne lieu ou non, plus tard, à des adhérences.

Un examen attentif de tous ces faits, prouve même que, tant que le craquement de cuir continue à être perçu, les adhérences ne sont point encore formées. Les observations du docteur Bright appuient fortement cette manière de voir; dans ces cas, en effet, le craquement resta perceptible pendant deux ou trois jours après la ponction de l'abdomen, puis il cessa de se faire entendre; c'est-à-dire, qu'il exista aussi long-temps que la lymphe qui devait former les adhérences, fut molle et flexible, et qu'il disparut dès que le travail d'adhérence fut fini. Cette explication est justifiée par ce qu'on observe dans les cas de péricardite, où le craquement de cuir neuf n'est perceptible que lorsque la lymphe récemment épanchée est encore molle et spongieuse.

Souvent il arrive que les faits cités par un observateur complètent ceux dont la science était redevable à un autre. C'est ainsi que, dans le cas présent, les observations du docteur Bright et la mienne s'éclairent réciproquement,

et que nous pouvons arriver à l'explication d'un signe physique, que ni l'un ni l'autre des deux observateurs n'aurait probablement pu atteindre avec ses seules observations. L'appréciation de la valeur des signes diagnostiques du craquement de cuir dans les maladies de l'abdomen, est d'une haute importance; la présence des adhérences péritonéales peut, dans certains cas, avoir une grande influence sur le traitement, et la vie du malade peut être mise en danger par une méprise sur ce sujet dans la thérapeutique de quelques-unes des maladies les plus graves de l'abdomen. Je ne dois point négliger de faire remarquer que le docteur Beatty est arrivé sans le secours de la dissection, et par sa seule sagacité, à l'explication qui vient d'être donnée par les recherches d'anatomie pathologique.

REVUE GÉNÉRALE.

De l'influence des organes de la respiration comme régulateurs de la quantité de sang qui traverse le cœur; *par J. Wardrop*. — L'auteur fait remarquer que l'acte de l'inspiration ne favorise pas seulement le cours du sang dans les veines caves, mais qu'il a encore pour effet de retenir ce liquide dans les vaisseaux pulmonaires, à raison de l'expansion des poumons qui détermine un afflux plus rapide du sang dans les artères de ces organes, empêche sa sortie par les veines, et retarde ainsi son retour au cœur. D'un autre côté, l'affaissement des poumons et des parois thoraciques, pendant l'expiration, favorise le transport du sang, des poumons dans les cavités gauches du cœur, et accélère son passage dans l'aorte. Ainsi, le docteur Wardrop considère l'inspiration comme un auxiliaire de la circulation artérielle. Le premier mouvement agit à la manière d'une pompe aspirante, et le second comme une pompe foulante, pour venir en aide, tous les deux, à la fonction du cœur. De cette manière, il explique l'influence qu'exercent sur la circulation et sur les mouvemens du cœur, divers modes de respiration, volontaires ou involontaires. Suivant lui, par exemple, le rire, les cris, les pleurs, le sanglot, le soupir, etc., etc., sont des efforts qui ont pour but d'opérer certaines modifi-

cations dans la quantité de sang qui traverse les poumons et le cœur, lorsque la circulation a été troublée par des émotions morales. (*Philosophical Transactions*, 1835, parts 1 and 2, in-4.°, p. 342).

Considérations sur la théorie de la respiration; *par William Stevens.* — Des expérimentateurs se fondant sur ce que le sang veineux ne fournit point de gaz acide carbonique, quand on le soumet à l'action de la machine pneumatique, avaient conclu que ce sang ne contient point de ce gaz: le D.r Stevens considère cette opinion comme erronée. D'abord, il s'appuie sur ce fait, que le sérum, à qui l'on a fait absorber une grande quantité de gaz acide carbonique, ne le laisse point s'échapper quand on enlève la pression atmosphérique. Ensuite, il cite plusieurs expériences tendant à démontrer la puissante attraction qu'exerce sur le gaz acide carbonique, le gaz hydrogène et le gaz oxygène qui s'absorbèrent promptement à travers une membrane humide. En se servant d'un appareil particulier, consistant dans une bouteille à deux tubulures, à laquelle est adaptée une suite de tubes recourbés, il s'est assuré que le sang veineux, agité avec du gaz hydrogène pur, et maintenu en contact avec lui pendant une heure, fournit à ce gaz une quantité considérable d'acide carbonique. Le même résultat avait bien été obtenu dans une expérience antérieure, par la simple action de la chaleur sur le sang veineux mis en contact avec le gaz hydrogène; mais en raison de la possibilité d'une action chimique particuliere de la chaleur, la conclusion tirée de cette expérience est moins rigoureuse que celle qui est déduite des expériences dans lesquelles on a employé la machine pneumatique. L'auteur a trouvé que l'air atmosphérique, aussi lui, restant suffisamment long-temps en contact avec le sang veineux, se charge d'acide carbonique par l'action de la machine pneumatique. L'hypothèse que le carbone du sang attire l'oxygène de l'air, dans le sang même, et là se combine avec lui, et que l'acide carbonique, ainsi formé, est ensuite exhalé, paraît ne pouvoir pas s'accorder avec le fait que tous les acides, et plus particulièrement l'acide carbonique, donnent au sang une couleur noire, tandis que l'effet immédiat de l'exposition du sang veineux au contact de l'air atmosphérique ou du gaz oxygène, est un changement de couleur en vertu duquel le sang, de noir qu'il était, revêt une couleur rouge-vermeil, ce qui constitue sa conversion de sang veineux à la condition de sang artériel. De cette considération, l'auteur conclut qu'il ne se forme point d'acide carbonique pendant l'expérience en question, mais

que cet acide existe probablement dans le sang veineux et en est extrait par l'air atmosphérique. Des expériences semblables, faites avec le gaz oxygène, au lieu d'air atmosphérique, fournirent les mêmes résultats, mais d'une manière plus frappante encore, et viennent par conséquent à l'appui des idées de l'auteur relativement à la théorie de la respiration. D'après ces idées, ce n'est ni dans les poumons ni dans le cours de la circulation générale, mais seulement pendant le passage du sang à travers le système capillaire, que ce liquide subit le changement qui le rend veineux, d'artériel qu'il était. Ce changement consiste dans la formation d'acide carbonique, par suite de l'addition de particules de carbone qui proviennent des parties solides du corps et qui se combinent avec l'oxygène que contient le sang artériel. C'est cette combinaison qui donne lieu au développement de la chaleur, aussi bien qu'à la coloration noire que revêt alors le sang. Toutefois l'auteur attribue la couleur vermeille du sang artériel, non à l'action de l'oxygène, qui par lui-même est complètement inerte, en tant qu'agent de coloration, mais à celle des particules salines qui sont naturellement contenues dans le sang à l'état sain. Lorsque le sang arrive aux poumons, le premier changement qu'il subit est produit par l'oxygène de l'air atmosphérique, et consiste dans l'enlèvement de l'acide carbonique, qui était la cause de la couleur noire du sang veineux. Le second changement consiste en ce que le sang attire une certaine quantité d'oxygène qu'il enlève à l'air atmosphérique respiré, et qui prend la place de l'acide carbonique. La structure particulière des poumons et l'élévation de la température chez les animaux à sang chaud, favorisent la production rapide de ces changemens. (*Philosophical Transactions*, 1835, in-4.°, parts 1 and 2, p. 334).

DE L'INFLUENCE DE LA VALVULE TRICUSPIDE SUR LA CIRCULATION; *par T.-H. King*. — L'objet de ce mémoire est de prouver expérimentalement que la valvule tricuspide, chez l'homme, dans l'état ordinaire de la circulation, n'empêche point complètement le reflux du sang du ventricule droit dans l'oreillette du même côté, et que le degré de cette regurgitation varie continuellement suivant les degrés divers de distension du ventricule. L'auteur fait ressortir les différences qui existent, sous le rapport de la structure anatomique, entre la valvule auriculo-ventriculaire droite et celle du côté gauche. De cette considération on aurait pu déduire, indépendamment de l'expérimentation directe, que, tandis que la conformation de la valvule mitrale permet à cette valvule d'inter-

cepter toute communication entre l'oreillette gauche et le ventricule correspondant, pendant la contraction de ce dernier, celle de la valvule tricuspide est telle, que lorsqu'elle est fermée, elle permet le retour d'une certaine quantité de sang, du ventricule droit à l'oreillette. L'espèce d'imperfection qui existe dans la fonction de ces dernières valvules, est démontrée par diverses expériences faites sur le cœur de sujets récemment morts; ces expériences ont fait voir qu'un liquide injecté par l'aorte, dans le ventricule gauche, est parfaitement retenu dans la cavité de ce dernier, par le rapprochement exact de la valvule mitrale; mais que si l'on injecte ce liquide dans le ventricule droit par l'artère pulmonaire, la valvule tricuspide permet la sortie d'un courant plus ou moins fort, à raison de l'affrontement inexact de ses bords. Ces expériences, répétées sur différens animaux, ont donné les mêmes résultats; mais l'auteur a trouvé que la perméabilité de la valvule tricuspide est d'autant plus grande qu'il s'est écoulé moins de temps depuis la mort de l'animal, et que si l'on n'expérimente qu'au bout d'un certain temps après la mort, la rigidité qui s'empare peu à peu des fibres musculaires du cœur et des colonnes charnues qui s'attachent aux bords de la valvule, détermine un rapprochement plus complet, et par suite, une obturation exacte de l'orifice. Cependant cette obturation n'a jamais été aussi parfaite que celle qui est produite par la valvule mitrale. L'auteur considère cette particularité comme le résultat d'une prévision contre les dangers d'un afflux trop considérable de sang vers les poumons.

L'avantage s'en fait principalement sentir dans les dilatations morbides commençantes du ventricule droit. L'auteur fait allusion aux conditions anatomiques du cœur, pendant la vie fœtale; à cette époque, le même danger ne pouvant exister, la disposition des parties correspond à la différence de fonctions. En faisant des recherches dans les diverses classes d'animaux, on voit la valvule auriculo-ventriculaire présenter des dispositions anatomiques qui sont en harmonie avec les conditions d'existence propres à chacun d'eux (*Philosophical Transactions*. 1835. Parts 1 and 2. in-4°. p. 337.)

DU MÉCANISME PAR LEQUEL LA TÊTE DU FÉMUR EST RETENUE DANS LA CAVITÉ COTYLOÏDE; *par le docteur Edouard Weber*. — On croit généralement que la tête du fémur est retenue dans la cavité articulaire par l'action des muscles et la résistance des ligamens. Cependant des expériences faites avec soin, tendent à démontrer que les muscles et les ligamens ne sont pour rien dans ce phénomène, qui reconnaîtrait pour cause la pression atmosphérique. La

tête du fémur renfermée dans sa cavité qui la presse de toutes parts, reste en place, par la même raison qu'un piston qui a été introduit dans un cylindre dont l'extrémité opposée a été bouchée après son introduction, ne peut plus revenir en arrière. La tête de l'os est poussée contre la paroi supérieure de sa cavité, par l'air, comme le mercure, dans le baromètre, est maintenu vers la portion du tube où existe le vide. L'auteur appuie ce principe sur les expériences suivantes :

1.re *Expérience.* — Un cadavre fut placé de manière à ce que les jambes et les cuisses fussent pendantes et non soutenues. Si la tête du fémur était maintenue dans sa cavité par les muscles et les ligamens, elle aurait dû s'en échapper au moment de la section de ces muscles et de ces ligamens. Or, les muscles et les ligamens ayant été coupés, le membre ne tomba point. Loin de là, les surfaces osseuses constituant l'articulation, restèrent dans un contact intime comme avant la section.

2.e *Expérience.* — S'il est vrai que le membre est maintenu dans sa position par la pression atmosphérique, il est clair qu'il tombera si l'air peut avoir accès dans l'intérieur de l'articulation. En effet, un trou ayant été pratiqué dans l'épaisseur de la paroi de la cavité cotyloïde, au moment où l'air pénétra dans cette cavité, le membre tomba par son propre poids. Bien plus, le déplacement eut lieu à la suite de l'introduction de l'air dans la cavité articulaire, lors même que les muscles et les ligamens ne furent point divisés.

3.e *Expérience.* — Si la pression atmosphérique suffit à elle seule pour maintenir la tête osseuse dans sa place, l'os étant replacé, ne doit plus retomber, si l'on s'oppose à l'introduction de l'air dans la cavité cotyloïde. Or, l'os qui avait été séparé du corps fut replacé dans sa cavité et toute communication fut interceptée entre cette dernière et l'air extérieur, au moyen du doigt placé sur l'ouverture artificielle ; alors le membre resta en place, et il retomba immédiatement lorsqu'on écarta le doigt.

L'auteur fait l'application de cette découverte aux cas de luxation spontanée de la cuisse. On sait que dans cette maladie, l'os est déplacé sans cause extérieure appréciable, le membre éprouvant d'abord un alongement considérable, accompagné d'une claudication très-prononcée. Puisque la tête de l'os n'est pas retenue dans sa place par la résistance des ligamens, il n'est point nécessaire de recourir, pour l'explication de ce phénomène, à un alongement ou à une altération quelconque de ces ligamens, qui aurait précédé

le déplacement de l'os. Nous avons vu que la tête du fémur quitta sa cavité articulaire et retomba vers la partie inférieure de sa capsule, dès que l'air s'introduisit dans la cavité articulaire; mais pour que le même résultat soit produit, il n'est pas nécessaire qu'il s'introduise de l'air du dehors; le même effet suivra la sécrétion d'un fluide ou le développement d'un corps solide dans l'intérieur de la cavité. A mesure que ce corps, fluide ou solide, s'accumulera dans la cavité, la tête du fémur tombera nécessairement par son propre poids, sans l'intervention d'aucune force et sans que les ligamens opposent la moindre résistance.

Les membres de la section anatomico-zoologique de la société des naturalistes de Bonn, et entre autres Leuckart, Mayer, Schulze, Munke et les deux Weber, ont été témoins des expériences ci-dessus relatées, et ont partagé l'opinion de l'auteur (*Müller's Archiv für Anatomie*, 1836, partie 1.re).

Invagination intestinale, accompagnée de vomissemens stercoraux, guérie par l'insufflation; *par le docteur J. Wood.* — M. G..., âgé de trente-cinq ans, fondeur en caractères d'imprimerie, d'un tempérament nerveux, fus pris tout-à-coup, dans la nuit du 17 septembre, de vives douleurs qui avaient leur siége dans la région ombilicale. Avant cette époque, il avait eu deux attaques légères de rachialgie. Un médecin du voisinage prescrivit deux purgatifs et des fomentations chaudes. Je fus appelé dans la nuit suivante. Les médicamens administrés pendant le jour n'avaient produit aucun effet et avaient été rejetés par l'estomac; point de selles pendant le jour; vomissemens fréquens; douleurs presque sans interruption; pouls petit et régulier. L'examen superficiel de l'abdomen ne fit rien découvrir de particulier. Le récit des attaques de rachialgie qu'il avait éprouvées antérieurement, me fit penser qu'il avait une colique de plomb; en conséquence, je lui prescrivis une pilule composée de deux grains d'opium, et d'une goutte d'huile de croton, à prendre toutes les deux heures, jusqu'à soulagement, un lavement toutes les quatre heures, et des sachets de cendre chaude sur le ventre.

Le 19 septembre, le malade avait pris toutes les pilules; la douleur avait été moindre pendant la nuit; mais depuis le commencement du jour, les paroxysmes étaient revenus avec une nouvelle force et une nouvelle fréquence, en s'accompagnant de violens tormina et de ténesme; nausées, surtout après avoir bu; hoquet; sensibilité du ventre, légère mais générale; pouls irrégulier; aucune évacuation intestinale; il n'était sorti pendant le jour qu'une petite quantité de mucosités sanguinolentes; le malade avait vomi à

vers le soir, une grande quantité de bile verte mêlée avec des matières fécales. Un examen attentif fit reconnaître le siège précis de l'obstruction. D'abord, on ne put percevoir qu'une plénitude et une résistance anormale dans la région iliaque droite. Mais la main étant restée appliquée sur cette région, et un accès de douleur s'étant produit, on sentit une tumeur oblongue qui s'élevait comme par un mouvement d'érection. Au même instant, on entendit un gargouillement sourd, et l'on perçut le choc d'un liquide dirigé de haut en bas contre le point de l'obstruction. Après deux ou trois chocs semblables contre la tumeur, le liquide se retira du côté de l'estomac; mais il revint avec une nouvelle violence, jusqu'à ce que le mouvement spasmodique cessât; alors il remonta dans la cavité intestinale, poussé par un mouvement en sens inverse de l'intestin. Le traitement se composa des moyens suivans : saignées abondantes; purgatifs, tels que calomel, infusion de séné, huile de ricin, lavemens de tabac; fomentations anodines chaudes, et, vers le soir, l'opium à hautes doses.

Le 20, exaspération de tous les symptômes. Dans l'après-midi, le docteur Morril vit le malade. Après une exploration attentive et après avoir entendu l'énumération des moyens employés, il considéra le cas comme désespéré. Cependant, comme dernière ressource, il proposa l'insufflation des intestins au moyen de l'air atmosphérique. Le malade étant placé sur le côté droit, on introduisit dans le rectum le bout d'un soufflet, et l'on commença l'insufflation avec précaution. Cette opération n'eut qu'un succès incomplet, à cause de l'imperfection de l'instrument. Toutefois, le malade se sentit extrêmement soulagé, et il fut irrésistiblement conduit sur la chaise, où il rendit une grande quantité de gaz et un demi-setier d'eau sanguinolente, très-fétide. Alors on se procura un instrument plus parfait, et l'insufflation fut reprise et poussée jusqu'à tension complète de l'abdomen. La douleur ne s'était point reproduite depuis la première insufflation. On prescrivit au malade de rester tranquille dans son lit, de résister au besoin d'évacuer, de prendre une goutte d'huile de croton tiglium toutes les deux heures, et, au bout de quatre heures, un lavement mucilagineux. Six heures après cette prescription, le malade n'avait éprouvé aucune douleur, et dans les deux dernières heures il avait eu deux selles abondantes.

Le 21, sept selles depuis la dernière visite; sommeil tranquille pendant plusieurs heures; un peu de fièvre; soif assez vive; visage anxieux; pouls à 125, petit; langue rouge, sèche au centre; un vésicatoire appliqué la veille avait produit une large ampoule.

Il se développa une entérite assez grave qui céda, dans l'espace de quatorze jours, à un traitement approprié.

L'insufflation de l'air dans l'intestin, convient aux cas, qui sont d'ailleurs les plus nombreux, où c'est la partie supérieure de l'intestin qui est invaginée dans l'inférieure. La portion contenante étant dilatée artificiellement, la portion invaginée doit avoir une grande facilité à se dégager ; les mouvemens péristaltiques qui apportent les matières provenant de la partie supérieure du tube digestif, agissent d'ailleurs favorablement sur la portion invaginée. (*The amer. Journ.*, N.° 30).

Oblitération du vagin survenue pendant une fièvre nerveuse et guérie au moyen d'une opération; *par le docteur Ignaz Bœhm.* — Anna Braüner ; âgée de 26 ans, bien constituée, fut bien réglée jusqu'à sa vingt-unième année, époque où je la traitai pour une fièvre nerveuse (*febris nervosa stupida*), accompagnée de météorisme, de diarrhée, etc., etc. Elle fut guérie dans l'espace d'un mois. Dans le cours de cette maladie, Anna B. ayant quitté momentanément son lit, il s'échappa de son vagin une grande quantité de pus fétide, et un lambeau membraniforme, putréfié, long de six pouces et large de deux. Sa mère, considérant ce corps comme le résultat d'une grossesse clandestine, l'enfouit dans la terre. Après son rétablissement, les règles ne revinrent point, et Anna B. éprouva chaque mois, dans le bas-ventre et dans les reins, des douleurs très-prolongées, pour lesquelles elle consulta une sage-femme, après avoir essayé en vain divers moyens thérapeutiques. Celle-ci ayant exploré la malade, reconnut une oblitération du vagin et m'en donna connaissance aussitôt. Nous expliquâmes à la malade comment il était impossible que les règles coulassent désormais ; nous lui fîmes observer le danger qui naissait de cet état, ainsi que son incapacité pour le mariage, et je lui conseillai de se soumettre à une opération. Loin de suivre cet avis, elle se maria, espérant trouver sa guérison dans l'usage du coït. Mais au bout de deux ans, son mari demanda la séparation. Deux chirurgiens et deux sages-femmes, qui avaient eu mission d'explorer Anna B., déclarèrent qu'elle était pour toujours impropre au mariage. Toutefois le tribunal décida prudemment qu'elle resterait mariée pendant trois ans encore, et qu'à cette époque on reprendrait l'affaire pour décider la séparation s'il y avait lieu. Enfin, après deux ans de souffrances sans cesse croissantes, la malade, voyant se former au-dessus du pubis une tumeur dure, accompagnée de constipation, d'épistaxis, etc., etc.,

et voyant d'ailleurs approcher l'époque fixée pour la rupture de son mariage, se décida à recourir à l'opération.

Avant de procéder à cette opération, je voulus m'assurer, par une exploration exacte, de l'état des parties sur lesquelles je devais agir. Extérieurement, l'utérus formait une tumeur qui s'élevait à quatre travers de doigt, directement au-dessus du pubis; la vulve était dans son état normal. Le doigt, introduit dans le vagin, heurtait à une profondeur de deux pouces, contre une membrane résistante ayant tout l'aspect d'une cicatrice, et adhérant à tout le pourtour du vagin. En écartant les grandes lèvres autant que possible, on pouvait la voir. Derrière elle, on ne percevait point une cavité, mais on sentait un corps très-dur. Le doigt introduit dans le rectum, rencontrait également, au-dessus du sphincter une boule dure, grosse comme le poing, qui occupait tout l'espace du vagin, et au-dessus de laquelle, aussi haut que le doigt pouvait atteindre, on percevait quelque chose qui était, autant qu'on en pouvait juger, le museau de tanche. Par suite du déplacement en haut de l'utérus, la cavité du vagin se trouvait allongée et rétrécie, de telle sorte que l'espace sur lequel la section devait être opérée, était très-étroit et seulement accessible à l'extrémité du doigt indicateur. En outre, la vessie était située au-dessus du lieu de réunion des parois vaginales, et le rectum se trouvait en arrière; aussi les plus grandes précautions étaient-elles nécessaires pour éviter de blesser ces organes. Après avoir introduit une sonde de femme, je refoulai, autant que possible, avec l'indicateur de la main gauche, la paroi postérieure du vagin en bas, vers le rectum, ce qui donna de la place pour faire agir le bistouri. Alors, tenant l'instrument dans une direction parallèle à celle de la sonde, je perforai la membrane anormale. Il s'écoula à l'instant même, une livre environ de sang brunâtre, inodore et épais. Ensuite je dirigeai avec précaution sur le bout du doigt un bistouri boutonné avec lequel j'achevai l'incision de la cicatrice, d'abord vers le rectum, puis vers l'urètre et la vessie. L'ouverture qui résulta de cette opération put admettre deux doigts. J'atteignis alors, au-dessus du lieu de la coarctation, l'orifice de l'utérus qui était dur, élargi et adhérent de chaque côté avec le vagin. Le doigt rencontrait, dans la cavité utérine et autour de l'orifice de la matrice, un grand nombre de caillots sanguins gros comme des fèves, durs et de couleur brune, dont la ressemblance avec des matières fécales endurcies me fit craindre d'abord une perforation du rectum, mais dont je pus apprécier la véritable nature

en les écrasant. Des injections détersives faites avec l'infusion de serpolet, firent sortir de ces caillots jusqu'au onzième jour après l'opération. Pour empêcher une nouvelle agglutination du vagin, je fis porter pendant un mois à la malade, un cylindre fait avec des compresses roulées exactement les unes sur les autres, et maintenues avec une bandelette. Ce cylindre avait trois pouces et demi de circonférence à son extrémité antérieure, et quatre pouces à son extrémité postérieure. Pour en faciliter l'introduction, il était terminé en pointe à l'extrémité postérieure, c'est-à-dire, celle qui était introduite la première; il était en outre enduit d'un corps gras. On avait soin de le renouveler souvent à cause de l'écoulement de matières muqueuses et purulentes qui se faisait continuellement par le vagin. Après l'opération, il se manifesta une douleur abdominale qui dura pendant deux heures en s'accompagnant de hoquets fréquens. Mais le soir même, la malade s'endormit dans un état très-satisfaisant. Tout marcha bien. Vers la fin, le cylindre ne fut placé que quelques heures chaque jour. Au bout de quatre semaines, la guérison était complète. Alors le doigt indicateur pouvait être introduit librement. Le col de l'utérus était encore adhérent aux parois du vagin; ces parois étaient cependant libres dans l'étendue d'un pouce, en arrière et en bas; l'orifice utérin était béant. Cette femme fut reprise par son mari; elle cessa de souffrir, et redevint réglée chaque mois très-exactement. (*Rust's Mag.*, T. XLVI, p. 182).

RUPTURE DE L'UTÉRUS AU CINQUIÈME MOIS DE LA GROSSESSE; *par le docteur Harrison.* — Cet accident eut lieu chez une négresse qui avait eu déjà plusieurs enfans, et qui d'ailleurs jouissait d'une bonne santé. Dans l'après-midi du jour de sa mort, elle fit une course assez longue. Comme elle revenait chez elle, elle éprouva tout-à-coup une douleur extrêmement vive, et elle eut la sensation de quelque chose qui se déchirait au-dedans d'elle. Telle fut la violence de la douleur, qu'elle fût obligée de s'arrêter et de rester assise pendant une heure et demie. Cependant elle retourna chez elle avec beaucoup de peine. Le médecin de son maître la vit dans ce moment, et la croyant atteinte d'une simple colique, il lui prescrivit une potion avec de l'huile et du laudanum. Alors le pouls était bon, la température de la peau était naturelle; mais le décubitus dorsal s'accompagnait de grandes douleurs, et le ventre était considérablement distendu. Pendant que le médecin l'examinait, elle affirmait qu'elle éprouvait intérieurement une sensation de déchirure. Son état empira rapidement, et elle mourut dans la soirée.

Autopsie cadavérique. —L'abdomen faisait autant de saillie qu'au neuvième mois de la grossesse ; mais ce développement était plus général et plus diffus ; la cavité abdominale renfermait une grande quantité de sang coagulé ; il y en avait, à-peu-près, quatre pintes. Quand on eut enlevé ce sang on trouva l'utérus déchiré ; le fœtus, enveloppé de ses membranes, était passé entièrement dans l'abdomen ; la déchirure intéressait le fond et une petite partie du corps de l'utérus ; elle était dirigée transversalement, d'une trompe de Fallope à l'autre ; l'orifice utérin était fermé (*impervious*), et toute l'eau de l'amnios restait emprisonnée dans les membranes non rompues ; le fœtus tout entier était sorti de la matrice, mais le placenta était resté dans son intérieur, était adhérent au corps de l'organe, et n'avait éprouvé aucun déplacement. Le tissu de la matrice n'offrait d'amincissement dans aucun point ; il n'y avait aucune trace de maladie dans aucun des organes situés dans l'abdomen ou dans le bassin. (*The American Journ. of the med. Sciences*, N.° 30).

Académie royale de Médecine.

Séance du 27 septembre. — POLYPE DU LARYNX. — M. Gérardin jeune communique l'observation suivante : M. S., âgé de 63 ans, avait perdu la voix depuis deux ans. L'accident était survenu tout-à-coup, et l'on avait inutilement essayé de le combattre à l'aide des sangsues, des vésicatoires et des gargarismes aluminés. A la suite d'un rhume il se déclara un étouffement considérable qui obligea M. S. à réclamer les secours de l'art. M. Gérardin, appelé, trouva M. S. assis sur son lit, avec une respiration sifflante, une voix rauque, et dans un état voisin de la suffocation. Une saignée pratiquée soulagea, mais momentanément, et le retour des symptômes exigea bientôt qu'on ait recours à une seconde saignée, puis à une troisième et même à une quatrième. Le malade mourut. A l'autopsie, on trouva la glotte obstruée au point qu'il ne restait pour le passage de l'air qu'un pertuis du diamètre d'une plume de poulet. Après avoir incisé le larynx et la trachée en arrière, et écarté les bords de la division, on vit une tumeur grosse comme une aveline, blanche, rugueuse, et occupant par un court pédicule tout le sinus droit du larynx. — M. Gérardin conclut de ce fait et d'un autre analogue dû à M. Ferrus, que le diagnostic

d'une tumeur du larynx pourra se tirer : 1.° de la date de l'aphonie ; 2.° du sifflement laryngo-trachéal qui se fera entendre pendant l'inspiration et l'expiration ; 3.° du soulagement momentané produit par la saignée ; 4.° de la similitude des symptômes avec ceux de l'asthme convulsif.

Fistules vésico-vaginales transverses. — MM. Thillaye et Maingault font un rapport sur un travail de MM. Spezel et Coglioso, relatif à une nouvelle méthode de traitement des fistules vésico-vaginales. Cette méthode comprend deux temps. Dans le premier, on avive les bords. Deux instrumens sont mis en usage ; l'un ressemble à des pinces incisives droites, mais il coupe très-nettement et à la manière des ciseaux. Il est destiné à aviver la lèvre postérieure ; l'autre, qui doit rafraîchir la lèvre antérieure, ne diffère du premier qu'en ce qu'il présente, à partir de l'articulation des branches, une courbure à angle obtus. Dans le second temps on pratique la suture enchevillée. (Renvoi au comité de publication).

Orchite. — A l'occasion d'un fait communiqué par M. Ricord, M. Rochoux exprime à l'Académie une opinion qu'il a déjà émise en 1833 (V. *Arch. gén. de Méd.*). Cette opinion est que l'orchite blennorrhagique, ou *testicule vénérien*, n'est point formée par le gonflement du testicule, mais par un épanchement dans la tunique vaginale, suite de l'inflammation de cette membrane. M. Rochoux revendique la priorité de cette opinion qui est désormais partagée, suivant lui, par la plupart des médecins, notamment MM. Velpeau, Bérard, etc. — M. Velpeau répond que c'est par erreur que M. Rochoux lui fait partager une opinion qu'il n'admet pas. Sans doute dans l'orchite, la tunique vaginale est le siège d'un épanchement, mais loin de constituer toute la maladie, cet épanchement est toujours léger. M. Velpeau s'est assuré sur 40 ou 50 sujets qu'il a eu occasion d'observer, que l'épanchement de la tunique vaginale n'était pas pour un quart dans le volume de la tumeur. Il est facile de s'en convaincre par son poids, qui est bien plus considérable qu'il ne le serait si elle n'était qu'un amas de sérosité. D'un autre côté, l'œil ne découvre aucune transparence, et en touchant l'épididyme, on reconnaît de suite que cet organe est particulièrement tuméfié. — M. Rochoux réplique que l'autopsie cadavérique doit juger la question ; or, dans six cas à lui connus, la tumeur était due entièrement à l'épanchement de la tunique vaginale. Sa non transparence s'explique par l'opacité qu'acquiert toute membrane enflammée. La fluctuation est d'ailleurs saisissable

pour peu qu'on ait l'habitude de son exploration. M. Blandin n'est disposé à admettre l'opinion de M. Rochoux que dans une période de l'orchite. Au début, l'inflammation descend de l'urètre par les vaisseaux déférens à l'épididyme et au testicule, qui forment deux tumeurs distinctes ; mais à mesure que la résolution s'opère, il peut se faire qu'un épanchement dans la tunique vaginale devienne le principal élément de la maladie.

INSTINCT DE LA REPRODUCTION CHEZ LES ANIMAUX. — M. Voisin lit un mémoire dont l'idée fondamentale est que la nature, insouciante pour les individus, ne s'intéresse qu'aux espèces ; d'où cette loi que l'homme et que tout animal a pour mission première de se reproduire. Un rapport sera fait sur ce travail de M. Voisin.

M. Bouvier présente un cervelet appartenant à un jeune homme de quinze ans. Un vaste foyer purulent s'est creusé dans l'hémisphère gauche. Le pus s'échappait par une érosion des membranes et se répandait sur la partie supérieure du rocher, et une carie permettait à ce liquide de pénétrer dans la cavité de l'oreille. Le malade n'a rien présenté du côté des organes génitaux, et sa marche a conservé constamment de l'aplomb et de l'assurance ; double fait qui contredit et l'opinion de Gall et celle de M. Flourens.

Séance du 4 octobre. — TRAITEMENT DE LA GALE. — M. Bousquet fait un rapport sur un traitement nouveau proposé par M. Malapert. Les caustiques, d'après ce médecin, sont les meilleurs remèdes de la gale. Ils appellent et fixent le mal à l'extérieur, l'éteignent sans retour, et préviennent, en outre, toute rétrocession à l'intérieur. C'est en frictions et dissous dans l'eau que doivent être administrés les caustiques. De tous, le sublimé corrosif est le plus sûr et le plus expéditif. Suivant M. Malapert, il guérit, terme moyen, en quinze jours. La dose est de 12 grains par once d'eau. — M. Planche fait remarquer que le traitement de la gale par le sublimé est déjà indiqué par Paul d'Egine. — M. Récamier s'élève aussi contre la prétention de donner cette indication comme nouvelle. Lui-même dans ce cas il a prescrit le sublimé, mais en bain et non en frictions. Dans la généralité des cas, le bain conviendra mieux, en ce que l'irritation de la peau sera moindre. M. Récamier prescrit demi-once de sublimé pour un bain. Il faut se servir d'une baignoire en bois, autrement la décomposition du mercure peut annihiler son action. — M. Rochoux recommande, avant de se servir du mercure, de bien faire attention à l'état des tégumens. S'il y avait des plaies, on exposerait le malade à tous les dangers d'un empoisonnement.

ESSAI SUR LES RAPPORTS ENTRE LES SYMPTÔMES VÉNÉRIENS PRIMITIFS ET LES SYPHILIDES. — M. Martins lit un travail dans lequel il recherche d'abord quels sont les symptômes primitifs de la vérole qui exposent le plus aux affections consécutives de la peau, connues sous le nom de syphilides. La blennorrhagie en est quelquefois suivie, mais rarement, même alors qu'il y a complication d'orchite ou de bubons. C'est le chancre qui entraîne le plus soucent cette conséquence de l'infection vénérienne. M. Martins étudie ensuite les syphilides sous le rapport de leurs formes les plus fréquentes. Ce sont les papuleuses qui sont les plus communes de toutes; les pustuleuses (ecchymo-siphylitiennes) sont les plus rares. Chez les adultes, les siphylides graves, tubercules, ulcérations, succèdent aussi souvent à la blennorrhagie qu'aux chancres. La moitié des syphilides débutent par la face; elles apparaissent plus vite après les chancres qu'après la blennorrhagie. La plupart, dans le premier cas, se montrent dans l'intervalle de sept mois à partir des accidens primitifs. Une cause occasionnelle très-active du développement des syphilides, c'est la chaleur; cependant, engénéral, les extrêmes de température se ressemblent à cet égard.

DE LA VOLONTÉ COMME PUISSANCE MORALE ET COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE; *par M. Jolly. — Rapport de M. Pariset.* — Dans ce mémoire, M. Jolly s'efforce surtout de faire ressortir l'importance qu'acquiert l'empire de la volonté dans le traitement d'un grand nombre de maladies nerveuses, notamment la danse de Saint-Guy, le bégaiement, le strabisme, le hoquet, etc.

AUTOPLASTIE. — M. Blandin présente à l'Académie deux sujets sur lesquels il a pratiqué avec succès l'autoplastie. Le premier est un enfant de douze ans qui a reçu une décharge de fusil dans la tête. Le côté gauche de la face était presque en entier emporté. La cavité buccale était à découvert. M. Blandin, en rabattant un lambeau de la peau du front, a refait la portion du nez qui était enlevée, et à l'aide d'un lambeau de peau pris dans la région temporale et, ramené en bas, il a reconstitué la joue et la commissure gauche des lèvres. M. Blandin, contre l'avis de Dieffenbach, a conservé l'artère temporale dans le dernier lambeau. Le second malade opéré par M. Blandin est un homme de cinquante ans affecté de cancer de la lèvre inférieure. C'est avec la peau du cou que cette lèvre a été reformée.

BAGUETTE DE FUSIL IMPLANTÉE DANS LA COLONNE VERTÉBRALE. — M. Velpeau montre la colonne vertébrale de M. Carasti, offi-

cier de la garde nationale parisienne, blessé dans un exercice à feu aux environs de Vanves. Une baguette restée dans un fusil, a frappé M. Carassi. Elle traverse le corps de la cinquième vertèbre dorsale de gauche à droite, à deux lignes du canal rachidien, et entre dans le poumon droit qu'elle perfore jusqu'aux cartilages des côtes. Malgré les efforts les plus vigoureux, soit sur le lieu de l'évènement, soit à l'hôpital de la Charité, où M. Carasti s'est fait transporter immédiatement, rien n'a pu ébranler la baguette du fusil. M. Charrière, habile fabricant d'instrumens de chirurgie, avait enfin construit une espèce de tire-bouchon qui devait l'extraire; malheureusement ce n'est que sur le cadavre qu'on a pu reconnaître son action efficace. M. Carassi avait passé les deux premiers jours sans accidens. Le troisième, un râle crépitant léger indiquait un commencement de pneumonie qui fut activement combattue par des saignées. Le mieux était sensible, quand tout-à-coup une hémoptysie foudroyante a amené la mort.

LITHOTRITIE SUR UN ENFANT DE DEUX ANS. — La séance est terminée par M. Ségalas, qui fait voir un enfant de deux ans sur lequel il a pratiqué la lithotritie lorsqu'il n'avait encore que trente-trois mois. L'opération a exigé six séances et six semaines. C'est probablement le sujet le plus jeune qui ait subi la lithotritie.

Séance du 11 *octobre.* — PROJET D'UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIAL POUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, A ALGER. — M. le docteur Costallat, pensant que le climat d'Alger doit être favorable aux phthisiques, a écrit à M. le Ministre de l'intérieur pour proposer d'y établir une sorte d'hospice destiné à recevoir ces malades. M. le ministre a renvoyé à l'Académie la note de M. Costallat pour qu'elle soit examinée. M. Louis, rapporteur de la commission, conclut: 1.° que rien ne prouve dans l'état actuel de la science que réellement le climat d'Alger soit plus favorable que tout autre à la phthisie pulmonaire: 2.° que l'autorité doit, avant de rien décider, recueillir tous les documens propres à dresser une statistique irrécusable, au moyen de laquelle il resterait ou non établi que la phthisie est rare à Alger, soit chez les habitans, soit chez les européens qui s'y transportent, et qu'en outre, cette maladie développée marche dans ce pays plus lentement qu'en France; 3.° M. Louis conclut encore que dans le cas où l'administration accueillerait la proposition de M. Costallat, cette proposition pourrait être jugée dans un établissement beaucoup moins vaste que celui demandé par ce médecin qui ne veut pas moins de 4 à 500 lits. M. Bouillaud prend la parole. Il partage l'opinion de M.

Louis, relativement aux causes prédisposantes de la phthisie qu'il croit peu faciles à déterminer, quoique cependant l'hérédité paraisse être une de ces causes bien démontrée, sans qu'on puisse d'ailleurs l'expliquer très-clairement. Quant aux causes occasionnelles, il en est une si évidente qu'elle a frappé tout le monde, et il est étonnant que M. Louis ne l'admette pas; c'est l'action continuée du froid humide. Le *Traité des phlegmasies chroniques*, de M. Broussais, a mis ce fait hors de toute espèce de doute. Du reste, cette dissidence de M. Louis vient peut-être de l'opinion qu'il professe sur la génération des tubercules. M. Bouillaud regarde l'inflammation comme prenant la plus grande part à la production de cette lésion organique. Les pays froids, où les phlegmasies pectorales sont si communes, devront donc être ceux aussi où l'on rencontre le plus de phthisiques. M. Louis réplique que la question ici, comme tant d'autres, ne peut être résolue que par des chiffres. On a l'habitude d'envoyer les sujets à mauvaise poitrine dans les pays chauds, et il est incontestable que beaucoup de malades sont soulagés; mais il n'est pas moins incontestable que des individus dans le même cas, et qui ne peuvent se déplacer, éprouvent aussi parfois une amélioration notable dans leur état. Y en a-t-il plus d'un côté que d'un autre? la méthode numérique seule décidera. M. Rochoux voit un témoignage implicite du concours des idées qui rattachent les tubercules à l'inflammation, dans l'empressement de tous les médecins à combattre les phlegmasies intercurrentes qui peuvent se déclarer chez les phthisiques. M. Marc dit que les Anglais envoient leurs phthisiques à Madère, et le relevé de leurs tables de mortalité prouve que là, pas plus qu'ailleurs, ils ne guérissent. M. Piorry ne peut comprendre qu'on refuse au froid une influence marquée sur le développement des tubercules, quand on voit les phthisiques succomber en beaucoup plus grand nombre pendant l'hiver que pendant l'été. M. Segond, médecin à Cayenne, et correspondant de l'Académie, présent à la séance, est à même de fournir quelques documens sur la question qui s'agite. A Cayenne, le thermomètre se maintient presque toujours entre 24 et 26 degrés. Dans un temps donné, sur 1013 Anglais, 20 sont morts phthisiques. Dans l'hôpital dont M. Segond est médecin, sur 42 affections de poitrine il n'y a eu qu'une phthisie. Toutefois, M. Segond n'accorde pas au séjour de la Guyane française un avantage démontré pour les personnes disposées à la phthisie. Il en a vu plusieurs obligés de quitter le pays. Lui-même y a éprouvé une hémoptysie et des accidens du côté des poumons qui ont cédé

avec assez de lenteur. Il se trouve infiniment mieux depuis qu'il est en France.

Hernie inguinale. *Rapport de MM. Canuet et Blandin.* — M. Bouchard, médecin à Vire, fut appelé pour donner ses soins à un homme âgé de 56 ans, porteur de deux hernies soutenues habituellement par un bandage, et qui, en travaillant aux champs, avait été pris brusquement, à la suite d'un effort, de douleurs vives dans l'une des régions inguinales. M. Bouchard, qui ne vit le malade que 26 heures après l'accident, trouva une des hernies entièrement sortie, et toutes les tentatives de réduction furent inutiles; il y avait des vomissemens; le pouls était petit, concentré; l'étranglement était manifeste. Opération proposée et acceptée, M. Bouchard y procéda de suite. La première partie de l'opération n'offrit rien de très-remarquable, si ce n'est cependant que le testicule se montra au fond du sac au-dessus de l'anse intestinale herniée, et qu'il fut assez difficile de faire pénétrer le bistouri jusqu'au collet du sac. Lorsqu'il s'est agi de réduire, M. Bouchard, voulant s'assurer de l'état de l'intestin situé au-dessus de l'étranglement, essaya en vain d'attirer au-dehors les extrémités de l'anse herniée. Pénétrant alors avec son doigt dans la cavité abdominale à travers l'anneau débridé, il reconnut un second étranglement intérieur qu'il jugea approximativement être d'un demi-pouce d'étendue. Les piliers de l'arcade que représentait cet étranglement adhéraient à la paroi abdominale. Après beaucoup de difficultés successivement surmontées, M. Bouchard est enfin parvenu à lever ce nouvel obstacle; alors l'intestin étant devenu libre, la réduction s'est faite immédiatement. Cette observation est à ajouter à celles déjà assez nombreuses des étranglemens internes qui viennent trop souvent compliquer l'opération déjà si difficile de la hernie. Le malade de M. Bouchard n'a pas paru souffrir beaucoup; son pouls est resté calme; il s'est plaint seulement d'un froid glacial aux pieds.

Séance du 18 octobre. — **Proposition de M. Costallat.** — M. Louis rappelle l'attention de l'Académie sur la proposition de M. Costallat, et la question de savoir si les climats chauds, et celui d'Alger en particulier, conviennent aux phthisiques. N'est-ce pas par habitude qu'on envoie ces malades en Italie, à Nice, aux Iles d'Hières, etc.? Quoi qu'il en soit, ce n'est point à Paris que cette question peut se décider. M. Louis pense que l'Académie devrait s'adresser à ses correspondans dans différens lieux pour obtenir les faits qui doivent fixer les termes de comparaison nécessaires. Une commission serait nommée pour rédiger une instruction d'après

laquelle les médecins correspondans devraient diriger leurs recherches. Cette motion, soutenue par MM. Rochoux et Bouillaud, est adoptée.

Opération de l'empyème. — M. Bouillaud lit en son nom et en celui de M. Sanson, un rapport sur une série d'observations recueillies par M. Faure, et qui ont trait à l'opération de l'empyème. Ces observations, au nombre de huit, ont convaincu M. Faure que cette opération n'est point assez tôt ni assez souvent pratiquée. Cependant un seul des huit malades a guéri, mais tous ont été soulagés. M. Faure formule ainsi le précepte qu'il croit pouvoir poser d'après son expérience. « Lorsqu'un épanchement thoracique a été reconnu, si tous les moyens propres à obtenir la résolution échouent, il ne faut plus autant tarder qu'on l'a fait jusqu'à présent, pour pratiquer la ponction de la poitrine ; c'est le seul moyen d'empêcher l'épanchement de s'accroître et de devenir funeste. » La commission est assez disposée à adopter les propositions de M. Faure. Mais, dit M. Bouillaud, M. Faure a-t-il été toujours fidèle au principe qu'il émet avant tout, c'est-à-dire, a-t-il tout fait dans les cas qu'il relate, pour obtenir la résolution de l'épanchement? M. Faure n'a pratiqué que quelques saignées à ses malades. On sait, il est vrai, qu'un médecin dont l'autorité est d'un grand poids, a guéri à la Pitié 140 pleurétiques, en n'usant que très-modérément de la saignée ; mais M. Bouillaud a vu mourir des malades avec ce traitement, tandis qu'il n'en a pas perdu un seul avec les saignées coup sur coup. On *étouffe* ainsi la maladie dès son début, et l'on empêche l'épanchement. — M. Rochoux convient que l'opération de l'empyème a réussi rarement. Mais on n'a pas dit, d'une manière assez positive, pourquoi. Tous les cadavres qu'il a examinés dans ces cas, lui ont montré la plèvre épaissie, granulée. Dans cet état, la membrane ne peut se prêter à la dilatation du poumon ; c'est là la véritable cause de l'insuccès et de la mort. — M. Sanson cite ici l'opinion de Dupuytren. Le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait, comme on sait, un épanchement thoracique consécutif à une pleurésie chronique. Il médita beaucoup les observations de M. Faure, après quoi il manda M. Sanson pour qu'il lui pratiquât l'opération de l'empyème. M. Sanson vint avec un trois-quarts trop gros ; l'opération fut ajournée au lendemain. Quand M. Sanson revint, Dupuytren n'était plus. — M. Husson croit devoir rétablir les faits. Cinq médecins avaient été réunis en consultation. Trois repoussaient l'opération, deux seulement la voulaient. Dupuytren informé de

ces dissidences la repoussa à son tour. M. Bouillaud confirme ce que dit M. Husson. — M. Nacquart connaît un cas de succès de l'opération de l'empyème. C'est M. Roux qui la pratiqua sur un jeune homme de Versailles. M. Roux se rappelle ce fait. C'est du reste la seule fois que cette opération lui ait réussi. — M. Martin Solon croit que la question est loin de pouvoir être jugée. Il pense avec M. Rochoux, que la lésion de la plèvre est le plus grand obstacle au succès de l'opération de l'empyème. Pour favoriser le développement du poumon, il a soin de n'évacuer que lentement le liquide de la poitrine et à diverses reprises. La ponction du thorax n'a point, selon M. Martin Solon, le danger qu'on lui attribue. L'honorable membre signale encore une cause d'insuccès de l'opération faite trop tard, c'est qu'il arrive souvent que des épanchemens se fassent sourdement à l'insçu des malades, et acquièrent ainsi une énorme abondance. Un malade reçu à l'hôpital Beaujon a offert un exemple remarquable de ce genre. Il n'avait présenté que les symptômes d'une affection abdominale. Il en était guéri, quand M. Martin Solon découvrit dans la poitrine un épanchement considérable dont le malade ne s'était jamais aperçu.

M. Gérardin veut qu'on s'entende sur toutes les causes qui peuvent produire un épanchement thoracique, sans quoi on ne pourra jamais s'entendre sur le traitement. M. Roche ne voit pas que ces causes soient si nombreuses. Déjà Laennec avait dit qu'on était encore à trouver un épanchement qui ne fût pas causé par une pleurésie. M. Blandin trouve, comme M. Faure dans les observations qu'il cite, des argumens en faveur de l'opération de l'empyème. Malgré qu'il n'y ait eu qu'un seul malade guéri sur sept, le soulagement éprouvé par les six autres doit encourager à pratiquer l'opération. Le succès semble aussi à M. Blandin d'autant plus assuré, qu'on y aura recours plus tôt, les chances s'éloignant au fur et à mesure que le temps s'écoule, et que, par conséquent, la lésion des plèvres qui détermine l'épanchement fait des progrès, car M. Blandin n'admet pas non plus d'autres causes des accidens et de la mort que cette lésion des plèvres, la ponction de la poitrine n'ayant que peu d'inconvéniens par elle-même. — M. Lisfranc partage cet avis. Quand il pratique l'opération de l'empyème, il y procède de bonne heure s'il a pour but de guérir. Quand il n'y a recours que tard, c'est seulement pour soulager le malade et arrêter la suffocation. — M. Emery revient sur la nécessité de bien distinguer les causes des épanchemens. Il soutient que l'inflammation des plèvres est loin d'être constante. Il a

vu des épanchemens envahir en moins de vingt-quatre heures toute la poitrine, à la suite d'une disparition d'une dartre, d'un eczéma. M. Renauldin a fait la même observation. Enfin M. Castel n'admet d'épanchement dû bien évidemment à l'inflammation que ceux qui sont purulens. M. Bouillaud ayant conclu que le travail de M. Faure est digne d'intérêt et d'attention par les faits qu'il contient, en ce qu'ils prouvent au moins le danger des pleurésies mal traitées, ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées avec l'ensemble du rapport.

BIBLIOGRAPHIE.

Anatomie descriptive ; par J. Cruveilhier, *professeur d'anatomie à la Faculté de Paris.* Tomes III et IV. Paris, 1835 ; in-8.° Chez Béchet jeune.

Avant de quitter la chaire qu'il occupa pendant dix années avec tant de zèle, le professeur Cruveilhier a voulu remplir la tâche qu'il s'était imposée aux yeux des élèves et de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'anatomie ; il vient de terminer son Traité d'anatomie descriptive. Les deux premiers volumes, déjà analysés dans ce Journal (avril 1834), sont destinés aux appareils locomoteur, digestif, respiratoire et génito-urinaire. Les deux derniers sont consacrés aux organes des sens, de la circulation et de l'innervation. Il est difficile en général de résumer les ouvrages *descriptifs*, surtout quand ils abondent en faits intéressans, parce qu'alors ces faits viennent en foule se présenter à l'attention, et l'embarras qu'on éprouve à les choisir se joint à la difficulté naturelle qu'on a de les systématiser : aussi commençons-nous par dire que l'analyse suivante ne peut être que fort incomplète.

Dans le troisième volume, nous avons remarqué d'abord la description du cœur et les recherches tentées par M. Cruveilhier pour en déterminer la structure. Si l'on excepte, en effet, le professeur Gerdy, il semble que de nos jours les anatomistes aient été découragés à la vue des nombreux et presque inutiles efforts de leurs devanciers sur ce point : nos traités didactiques se taisent ou semblent faire croire que ce problème doive désormais être abandonné comme insoluble. M. Cruveilhier formule d'abord d'une manière très-générale la texture des ventricules, en disant que le cœur est formé de deux sacs musculeux contenus dans un troisième, disposition indiquée déjà par Winslow, et qui permet

de démontrer rigoureusement la distinction du cœur en cœur droit et en cœur gauche. 2.° Les fibres communes sont superficielles d'abord et dirigées toutes obliquement en demi-spirales, de la base au sommet du cœur. Parvenues là elles se contournent en tourbillon et s'enfoncent pour remonter de nouveau vers la base du cœur, à la face profonde des ventricules, constituant ainsi des anses dont la convexité est dirigée vers la pointe du cœur, comme l'ont démontré les travaux du professeur Gerdy. 3.° Les fibres propres sont placées entre la portion superficielle et la portion profonde des fibres communes. Elles constituent par leur ensemble, pour chaque ventricule, une espèce de cône tronqué, dont la base répond à l'orifice auriculo-ventriculaire, et le sommet, percé également, laisse passer les fibres communes. 4.° Les fibres des oreillettes, moins régulières que celles des ventricules, sont aussi composées de fibres communes transversalement placées au-devant des deux oreillettes, et de fibres propres disposées les unes en anse, les autres en sphincter, et les autres enfin en plans entrecroisés. Nous ne pouvons indiquer ici que les principales propositions émises par le professeur. Quant aux détails il faut les étudier dans l'ouvrage même où ils sont exposés avec une clarté remarquable pour un pareil sujet.

La description des artères et des veines est présentée de manière à mettre en relief tout ce qu'il y a de pratique dans cette branche importante de l'anatomie. Le professeur a principalement insisté sur les connexions des artères et sur leurs anomalies, qu'il est si important de ne pas oublier dans le cours des opérations chirurgicales.

A l'époque encore peu éloignée de nous, où l'on regarda les veines comme les agens presque uniques de l'absorption, le système lymphatique, mis en honneur par les travaux de J. Hunter, de Mascagni, de Cruikshank, etc., devint, pour ainsi dire, un objet de dédain et d'indifférence; peu s'en fallut même qu'il ne fût regardé comme un hors-d'œuvre dans l'économie. Mais dans ces derniers temps les belles recherches de MM. Lauth, Panizza, Rossi, Fohmann, sont venus de nouveau le signaler à l'attention des physiologistes, et appeler sur lui de nouvelles investigations. M. Cruveilhier l'a traité avec tout le soin qu'il réclame. On lit surtout avec intérêt le détail d'expériences entreprises par lui à l'insu des travaux de Fohmann sur le réseau lymphatique des surfaces libres, et conduisant aux mêmes résultats que celles de l'habile anatomiste liégeois.

La névrologie fait suite à l'angéiologie et termine le *Traité d'anatomie descriptive* du professeur Cruveilhier. Nous avons remarqué, sans toutefois y attacher de l'importance, que d'après le plan adopté par le professeur, la description des organes des sens fait partie de la névrologie, et cependant nous ne trouvons ni dans la structure ni dans les fonctions de ces organes, rien qui puisse motiver un semblable rapprochement. Nous pensons qu'il eût été plus méthodique de les placer, soit à côté de l'appareil locomoteur, comme l'a fait Bichat, soit dans la splanchnologie proprement dite, comme l'usage en était adopté, avant que la physiologie eût été prise pour base des classifications anatomiques. Du reste, sans nous arrêter à cette légère motion d'ordre, nous dirons que la description de ces organes est faite avec une clarté et une concision qui ne laissent vraiment rien à désirer.

Le quatrième et dernier volume est consacré tout entier à l'appareil de l'innervation, et forme, sans contredit, la partie la plus remarquable de l'ouvrage. La description du centre nerveux céphalo-rachidien constitue elle seule une grande et belle monographie.

Les ressources du professeur semblent ici s'être accrues en raison de l'importance et de la difficulté de son sujet. Pour suivre le trajet des fibres de la substance blanche de l'encéphale et résoudre le problême de leurs connexions, il a mis en usage tous les moyens employés par ses devanciers, tels que les coupes, la dilacération, le râclement, le durcissement par l'alcohol ou l'eau salée, etc., et y a joint de plus l'action continue d'un jet d'eau dont on peut varier la forme et le diamètre, et dont les gouttelettes, s'insinuant entre les fibres, en opèrent la dissociation.

Nous ne pourrions, sans dépasser les bornes d'une analyse, indiquer tous les résultats auxquels le professeur Cruveilhier est arrivé ; nous allons seulement en faire connaître les principaux :

La moelle épinière est composée d'un grand nombre de lamelles verticales cunéiformes, ayant leur base à la surface de l'organe et leur sommet dirigé vers le centre et adossé à la surface grise. Chaque lamelle a elle-même une structure filamenteuse ou fasciculée. Les lamelles et les fibres sont toutes indépendantes les unes des autres. Parvenue au niveau du bulbe, la moelle se divise de chaque côté de la ligne médiane en deux faisceaux ; l'un, anterieur, émerge de la profondeur de la moelle, et constitue la pyramide antérieure ; l'autre, postérieur, entièrement destiné au cervelet, est formé par les faisceaux antérieurs et le reste des fibres blan-

ches de la moelle : c'est le corps restiforme. Les olives se voient entre ces deux ordres de faisceaux. D'après cette manière de voir, les pyramides antérieures ne seraient, en aucune sorte, continues aux cordons antérieurs de la moelle. Le professeur est arrivé à ce résultat sur lequel il insiste, en étudiant le bulbe à l'aide du jet d'eau projeté sur cet organe d'arrière en avant. L'entrecroisement des pyramides est pour lui chose certaine, et s'opère non-seulement d'un côté à l'autre, mais encore d'avant en arrière, de telle sorte que le faisceau pyramidal droit se porte à gauche et en arrière, à travers la substance grise de la moelle, pour aller se continuer avec les faisceaux latéraux gauches de la moelle, et réciproquement. Il existe enfin au centre du bulbe et de chaque côté, un noyau très-dense qui paraît naître au niveau de l'entrecroisement, et résulte d'un mélange de substance blanche et de grise. Ce noyau, désigné par M. Cruveilhier sous le nom de faisceau innominé, forme, par sa face postérieure, le plancher du quatrième ventricule, et se divise supérieurement en deux portions, l'une qui forme le centre du corps restiforme, l'autre qui se continue aux dépens de la protubérance avec la couche optique. Les corps restiformes vont constituer le cervelet par leur épanouissement et leurs ramifications ; les pédoncules cérébraux, formés par les pyramides antérieures et une portion du faisceau innominé, traversent la couche optique, s'étalent dans le corps strié, et peuvent être suivies dans les circonvolutions des hémisphères.

Cette manière de considérer la moelle et surtout le bulbe rachidien, diffère assez, comme on le voit, de celle qui est généralement admise, pour qu'il ait été nécessaire de l'exposer avec quelques détails.

La description des nerfs est précédée de considérations générales sur ces organes de transmission du sentiment et du mouvement. Le professeur n'admet pas l'opinion de MM. Bell et Magendie, sur les usages respectifs des racines antérieures et postérieures des nerfs spinaux ; il s'appuie sur ce que la section de ces diverses racines lui a paru produire des effets identiques, et sur ce qu'ayant étudié les nerfs cervicaux dans le but de découvrir la distribution des filets d'origine diverse, il a pu conduire jusqu'aux muscles scalènes des filets émanés des ganglions spinaux correspondans, filets qui, d'après la théorie de MM. Bell et Magendie, ne devraient pas se distribuer à des muscles.

M. Cruveilhier s'élève également, en général, contre toute théorie qui tendrait à faire croire qu'il existe des nerfs de divers

ordres, et il admet en principe que les nerfs sont homogènes ; que les différences de propriétés attribuées aux nerfs appartiennent aux organes auxquels ils se distribuent ; que les nerfs ne remplissent dans l'économie d'autre rôle que celui de conducteurs : conducteurs du sentiment lorsqu'ils se plongent dans un organe sensible ; conducteurs du mouvement lorsqu'ils se plongent dans un organe de mouvement.

Quant à la description des nerfs en particulier, elle est présentée avec une richesse de détails et une érudition que l'on chercherait vainement dans nos traités didactiques d'anatomie. A ses recherches propres, le professeur a joint celles de la plupart des auteurs qui se sont occupés du même sujet, et surtout d'Arnold, qui, dans ces derniers temps, a publié un beau travail sur les nerfs de la tête.

Sans la crainte de dépasser les bornes qui nous sont prescrites, nous augmenterions beaucoup le nombre de nos citations : puisse seulement ce rapide exposé faire apprécier à sa valeur le travail d'un observateur laborieux, d'un esprit sévère et ami de la vérité ; puisse-t-il inspirer à ceux qui veulent s'initier à la science de l'organisation le goût des études fortes et consciencieuses.

ROBERT.

De l'Opération du trépan dans les plaies de tête ; par A. A. M. L. VELPEAU. Paris, 1834. In-8.° Chez J. B. Baillière.

Il y a long-temps que nous devons aux lecteurs des *Archives* une analyse de la thèse de M. Velpeau, sur l'opération du trépan dans les plaies de tête. Nous n'avons pas, sans doute, en la publiant aujourd'hui, le mérite de l'à-propos ; mais les questions chirurgicales ne vieillissent pas, et celle de l'indication du trépan dans les plaies de tête est aujourd'hui un sujet d'incertitudes assez habituelles dans la pratique, pour qu'il soit intéressant de s'en occuper et d'examiner, non pas une simple thèse, mais un livre où l'auteur a cherché à déterminer avec riguèur et précision les cas où cette opération convient.

Dans une première partie de son travail, il jette un coup-d'œil rapide sur l'histoire de l'opération du trépan, sous le rapport de ses indications. Cette portion du livre, qui se recommande par l'érudition, démontre clairement que dans tous les temps la plus grande diversité d'opinions a régné sur ce sujet ; elle nous justifie, nous autres modernes, de ne pas encore être d'accord. On y remarque surtout un passage extrait de François Martel (1601), où les principes de la plus saine chirurgie sont établis pour le traitement des plaies et des fractures du crâne, principes qui bien souvent ont été depuis mis en oubli.

La deuxième partie commence par l'examen des accidens des plaies de tête, qui doivent ou non conduire au trépan.

La contusion du péricrâne, de la dure-mère, les fractures de la table externe, de la table interne, du diploé, les sétons, les contre-fissures, les fractures, l'enfoncement des os du crâne avec ou sans fracture, les fractures par arme à feu y sont successivement passées en revue, et à l'occasion de cet examen, M. Velpeau émet

çà et là des opinions qui lui sont propres, et donnent à son traité un intérêt particulier. Puis vient l'étude des corps étrangers solides, les balles, les tiges métalliques, engagés plus ou moins profondément dans le crâne, dans le cerveau. De nombreuses observations et citations font de cette partie, comme de tout l'ouvrage, un recueil précieux de faits sur ce sujet. L'histoire des collections liquides dans le crâne n'est pas moins bien étudiée; elles sont examinées tour-à tour, 1.° entre la dure-mère et les os; 2.° dans la cavité séreuse du crâne; 3.° dans l'épaisseur du cerveau.

M. Velpeau m'a paru dans cette partie de son ouvrage un partisan hardi de l'application du trépan; je ne l'en blâmerai pas toutefois, parce que les limites de cette opération ne sont pas encore posées d'une manière définitive, et qu'à côté des réserves prudentes et quelquefois timides, il faut, pour étudier la question à fond, des praticiens plus audacieux qui sachent entreprendre dans les cas douteux et le plus souvent désespérés. Ici l'humanité a plus à gagner, je le crois, à une pratique active qu'à l'expectation. L'auteur étudie particulièrement les effets des fluides contenus dans le crâne suivant leur nature, ainsi que d'après leur siége. Le pus, en effet, ne produira pas absolument les mêmes phénomènes que le sang dans le même endroit. L'auteur passe ensuite aux accidens qu'il appelle complexes : la compression, la contusion, la commotion, l'inflammation du cerveau. A propos de la compression, il examine comparativement les opinions si opposées de MM. Flourens et Serres, et avec le premier il reconnaît que la trépanation, employée dans le cas d'accumulation d'un fluide dans le crâne, n'a pas seulement pour effet l'extraction de ce corps étranger, mais a d'ailleurs l'avantage de détruire la force comprimante générale sous laquelle le corps est comme accablé. La discussion de ce point de pratique est approfondie par M. Velpeau; elle est d'autant plus importante qu'il en étend jusqu'à un certain point les conclusions au cas dans lequel le cerveau est le siége d'une congestion violente.

M. Velpeau croit aussi que le trépan doit être appliqué dans le cas de contusion cérébrale, à ne considérer du moins que la nature de la lésion qui est nécessairement suivie, dans la plupart des cas, de suppuration. L'ouverture du crâne pourrait donner lieu à l'écoulement de la matière cérébrale désorganisée et des fluides qui s'accumulent à la suite de cette altération. La difficulté, dans ce cas, est la localisation exacte de la lésion cérébrale.

Un chapitre intéressant et riche de faits est consacré à l'examen des accidens *tardifs*, qu'il ne faut pas tout-à-fait confondre avec ce qu'on appelle accidens *consécutifs*, puisqu'on donne cette dernière dénomination à l'épanchement de sang qui se fera dans les premiers jours.

Mais il fallait aussi indiquer la détermination du trépan d'après les signes des accidens; car c'est par ces signes qu'on se décide. M. Velpeau se livre à l'exposition des symptômes des accidens précédemment énumérés. C'est un exposé fidèle des opinions admises à ce sujet, et notamment de celles de J.-L. Petit.

Le trépan est ensuite étudié dans ses rapports avec la région du crâne; des observations nombreuses prouvent que l'on peut opérer sur les sutures, les sinus de la dure-mère, la région des tempes, de

l'artère méningée, à l'occiput même. On ne doit donc s'arrêter qu'à cette partie de la base du crâne qui est resserrée autour de la selle turcique et de l'ethmoïde.

Quant à la valeur générale du trépan, ce ne sont ni la douleur, ni les dangers, ni l'action de l'air, qui doivent empêcher son emploi, et la plupart des insuccès sont dus, d'après M. Velpeau, à ce que l'opération a été pratiquée chez des sujets déjà affectés de méningite, d'encéphalites étendues; mais il reconnaît que ce sont les indications et la détermination précise du lieu qui offrent de réelles difficultés.

La discussion des motifs de cette valeur du trépan n'aurait pas été complète si les différentes doctrines qui ont régné en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, en France, n'avaient point été appréciées. C'est cet examen qui forme la troisième partie du livre de M. Velpeau. L'auteur oppose, en les analysant, en discutant la valeur des observations sur lesquelles elles sont fondées, les opinions des auteurs de chaque pays. Pour l'Angleterre, celles de Dease, d'Abernethy, d'Astley Cooper, etc., sont mises en regard de celles de Pott. Même examen pour chaque contrée. Mais on conçoit que ce travail, étant lui-même une analyse, ne pourrait, dans cet article, être raccourci encore sans perdre de sa clarté. Le lecteur devra consulter l'ouvrage même de M. Velpeau. Il nous suffit de dire ici que dans aucun autre livre on ne trouvera cet examen comparatif des opinions des divers auteurs sur les indications du trépan.

Dans ses conclusions générales M. Velpeau établit justement qu'il existe contre l'opération du trépan une opposition systématique, qui explique, mais ne justifie pas l'abandon que l'on fait en général de cette opération. Il fallait un examen plus approfondi pour rejeter ainsi le trépan. M. Velpeau a prouvé dans son ouvrage que l'emploi pouvait en être étendu à un plus grand nombre de cas; d'ailleurs il en appelle lui-même à l'expérience.

Une quatrième partie, consacrée aux suites du trépan, complète ce travail, dont la lecture ne saurait être trop recommandée, non-seulement aux étudians, mais aux praticiens, qui ont tous les jours à décider si le trépan doit ou non être employé. Le livre de M. Velpeau appartient nécessairement à l'histoire de l'art, et on y trouve consignée une multitude de faits. Il présente un véritable résumé de ce qu'ont écrit sur le trépan les auteurs qui l'ont précédé.

S. LAUGIER.

— La *Société Médico-pratique de Paris* a proposé le *sujet de prix* suivant :

« Faire connaître la valeur des purgatifs dans les maladies aiguës ; étudier leur mode d'action ; préciser à l'aide de l'observation clinique, l'opportunité et la mesure de leur emploi. »

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 fr. — Les mémoires, écrits en latin ou en français, doivent être rendus, francs de port, avant le 1.er octobre 1838, avec les formes académiques ordinaires, chez M. le D.r Alph. Cazenave, secrétaire-général de la Société, rue Saint-Anastase, N.o 3.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

NOVEMBRE 1836.

Observations de maladies du cervelet; par A. DUPLAY, *ancien chef de clinique de la Faculté.*

Quoique la science possède déjà un certain nombre d'observations de maladies du cervelet, il s'en faut de beaucoup que toutes les questions qui ont trait à ces affections soient entièrement résolues. M. le professeur Andral, dans le cinquième volume de *la Clinique*, après avoir analysé quatre-vingt-treize cas de maladies du cervelet, puisés soit dans sa pratique prrticulière, soit dans les divers auteurs, et après en avoir fait jaillir, avec ce talent et cette sagacité qui le caractérisent, tout ce qui peut servir à éclairer l'histoire des maladies du cervelet, s'exprime ainsi : « Si ces faits, dit-il, ne sont que de simples matériaux qui ne suffisent pas encore pour construire l'édifice, notre unique but a été de poser pour celui-ci quelques premières pierres. Nous avons voulu apprécier la valeur de ces faits, et marquer de quelle utilité ils peuvent être pour infirmer ou confirmer les différentes opinions qui ont été émises dans ces derniers temps, soit sur les fonctions mêmes du cervelet, soit sur les symptômes auxquels il donne naissance lorsqu'il est altéré dans son organisation, soit enfin sur les signes qui ont été donnés pour distinguer les mala-

dies du cervelet de celles du cerveau. » Ainsi les faits relatifs aux différentes affections du cervelet ne sauraient encore suffire, par leur nombre, à la solution de la plupart des questions que soulève la pathologie du cervelet. C'est dans le but d'augmenter la masse des observations de cette nature, que nous allons rassembler ici les faits de maladies du cervelet que nous avons pu rassembler pendant nos huit années de séjour dans les hôpitaux, soit en qualité d'interne, soit en qualité de chef de clinique. Ces faits sont au nombre de cinq.

OBS. I.re — *Gastro-entérite chronique. Perte subite de connaissance. Paralysie du côté droit. Mort. Hémorrhagie dans le lobe gauche du cervelet.* — La nommée Marie Frinquet, âgée de 26 ans, couturière, d'une constitution faible et détériorée, était depuis deux mois à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rullier, pour s'y faire traiter d'une gastro-entérite chronique qu'elle portait depuis huit mois, et pour laquelle déjà plusieurs fois elle était entrée dans plusieurs hôpitaux. Un jour, vers midi, lorsqu'elle était dans la salle et qu'elle causait avec ses compagnes, elle tomba tout-à-coup sans connaissance. On veut la relever, mais elle ne peut plus se soutenir. Au bout de deux heures, elle commence à reprendre connaissance, elle demande à boire : quelques heures après elle reprend l'usage de ses sens, mais elle ne peut pas imprimer de mouvemens aux membres du côté droit; elle est obligée de se servir du bras gauche pour soutenir son verre lorsqu'on lui présente à boire. L'élève de garde qui fut appelé dans les premiers momens de l'accident, avait fait une saignée du bras. Lorsqu'elle fut examinée le lendemain à la visite, elle était dans l'état suivant :

Forte injection de la face, égale des deux côtés; contraction des pupilles; conservation de la vue, car la malade peut nous apercevoir ; elle peut même distinguer plusieurs objets d'un petit volume qui lui sont successive-

ment présentés. L'intelligence est intacte ; la malade raconte elle-même ce qui lui est arrivé la veille. La prononciation est un peu traînante, mais nette. La langue se tire droite ; il n'y a pas de déviation sensible d'une des commissures des lèvres. Les deux membres du côté droit sont complètement paralysés ; soulevés, ils retombent de tout leur poids et sans que la malade puisse en rien diminuer la rapidité de la chute. Cet état de résolution a toujours existé depuis l'accident, et ni l'élève de garde appelé, ni les personnes qui prodiguaient des soins à la malade n'ont observé dans les membres, soit des mouvemens convulsifs, soit une flexion permanente. La peau des deux membres paralysés a perdu en grande partie sa sensibilité. Il faut pincer fortement la malade pour exciter de la douleur. Le pouls marque 80 pulsations par minute. La chaleur de la peau est naturelle ; la respiration est accélérée. Du reste, rien de particulier n'est révélé, ni par l'auscultation ni par la percussion. La langue est légèrement rouge à sa pointe. Il y a eu deux selles involontaires. (Nouvelle saignée du bras ; cataplasmes sinapisés ; limonade gommée).

Le lendemain, la maladie loin de s'être amendée, a fait au contraire des progrès énormes. Assoupissement profond dont on peut à peine tirer la malade. Lorsqu'on parvient à la tirer de cet état comateux, elle ouvre les yeux et les referme aussitôt. Pas de réponses sur les questions qui lui sont adressées. Du reste, pas de déviation de la bouche, pas de déviation de la langue. Les membres droits sont dans le même état de résolution. L'insensibilité est encore plus complète que la veille, et la sensibilité semble avoir aussi un peu diminué du côté gauche, sans cependant être abolie. La respiration est très-bruyante, stertoreuse ; l'oreille appliquée sur la poitrine perçoit un râle à grosse bulle qui s'entend dans toute l'étendue de la poitrine. Langue sèche ; évacuations alvines involontaires. (Sinapismes, compresses vinaigrées sur le front ; tenir la ma-

lade élevée. Dix sangsues derrière chaque apophyse mastoïde).

Mais dans la journée le coma va toujours en augmentant, et la malade succombe le soir à neuf heures et demie).

Autopsie 40 heures après la mort. — La dure-mère est saine ; les sinus contiennent de longs caillots fibrineux ; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est très-injecté. La substance corticale, dont les membranes se détachent avec la plus grande facilité, présente sa consistance et sa coloration naturelles. La substance blanche des hémisphères est fortement sablée de rouge ; on voit sur sa coupe s'échapper par tous les capillaires une sorte de sueur sanguine. Du reste, sa consistance est tout-à-fait naturelle. Les ventricules latéraux contiennent environ une demi-cuillerée de sérosité. Les corps striés, les couches optiques de chaque côté sont parfaitement intactes. La protubérance cérébrale présente la même intégrité.

Le cervelet restait seul à examiner, et nous commençions à désespérer de trouver la cause des phénomènes si tranchés qu'avait présentés la malade, lorsqu'en incisant le lobe gauche de cet organe nous aperçûmes un changement de coloration du tissu nerveux. Celui-ci était d'un rouge tirant sur le brun ; il semblait avoir subi une véritable teinture. En pénétrant plus profondément, on put découvrir une cavité irrégulièrement ovalaire, capable de loger un gros œuf de pigeon, remplie d'un sang fluide au milieu duquel nageaient de petits caillots très-mous et des débris de substance nerveuse. La pulpe nerveuse qui environnait le foyer n'avait pas changé de consistance. Le lobe droit du cerveau ne présentait rien de semblable.

Thorax. Les deux poumons de chaque côté présentaient vers leur base un engouement très-prononcé.

Abdomen. L'estomac était remarquable par une teinte ardoisée de toute la région pylorique. Le tissu cellulaire sous-muqueux était légèrement hypertrophié. Il y avait un

peu de rougeur vers la fin de l'iléum. Le gros intestin, à partir de la partie moyenne du colon transverse, était le siège d'un grand nombre de petites ulcérations; ses parois étaient légèrement épaissies; l'altération cessait vers la partie inférieure de l'S iliaque du colon.

Etait-il possible, chez cette malade, de reconnaître une hémorrhagie cérébelleuse? Les phénomènes ont en effet marché comme dans un cas d'hémorrhagie cérébrale d'une étendue moyenne. Il y a eu paralysie instantanée du mouvement et du sentiment, avec conservation des sens et de l'intelligence pendant un certain temps. Ce fait rentre dans la majorité des cas d'hémorrhagie du cervelet, qui occupent un des lobes de cet organe, car dans presque tous les cas d'hémorrhagie bornée au cervelet, lorsque les auteurs ont eu soin de parler de la paralysie et de tenir compte de l'état des membres sous ce dernier rapport, la paralysie a été notée du côté opposé à l'hémorrhagie. C'est ainsi que M. Serres (1), dans deux cas de cette nature, a noté une paralysie croisée qui se retrouve aussi dans un autre cas rapporté par M. Cazes (2), dans sa thèse inaugurale. Au reste, nous ne retrouvons dans l'observation de notre malade aucun phénomène qui ait pu mettre sur la voie d'une hémorrhagie du cervelet.

Obs. II.e — *Hémorrhagie et ramollissement dans l'hémisphère cérébral droit. Hémiplégie gauche. Ramollissement dans le lobe gauche du cervelet. Paralysie incomplète du côté droit.* — Un homme âgé de 54 ans, journalier, entre à l'hôpital de la Pitié le 20 septembre 1833, dans les salles de la clinique, où je faisais le service pendant les vacances. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme, qui avait joui d'une bonne santé jusqu'alors, avait

(1) *Anat. compar. du cerveau.* T. II, p. 215.
(2) *Essai sur la paralysie.* Paris, 1824, N.° 3.

été pris tout-à-coup en s'habillant pour aller à son ouvrage, d'une perte subite de connaissance. Il était tombé violemment à terre, et lorsqu'on le releva il avait perdu complètement l'usage du bras droit et de la jambe du même côté. Un médecin avait été appelé et lui avait fait deux saignées du bras, à la suite desquelles la connaissance était revenue. Depuis cette époque, la paralysie n'avait pas diminué, et c'est ce qui détermina le malade à entrer dans un hôpital.

Le 21 septembre, il était dans l'état suivant : décubitus dorsal; face pâle. Légère déviation de la bouche à droite. La langue se tire droite ; elle est un peu sèche. Le membre supérieur et le membre inférieur gauches ne peuvent exécuter aucun mouvement, et quand on les élève ils retombent comme des masses inertes. Lorsqu'on vient à les pincer, ils présentent une diminution notable de la sensibilité. Le malade se plaint d'y éprouver des engourdissemens, et de temps en temps, lorsqu'on les examine, on y aperçoit de petits mouvemens convulsifs. Il y a de la céphalalgie. Du reste, l'intelligence est intacte, le pouls est fréquent, et il y a de la chaleur à la peau. Soif vive. Pas d'évacuations alvines. Rien du côté de la respiration. Le cœur ne présente rien de particulier. Les jours suivans, le malade est exactement dans le même état. On lui pratique une saignée du bras., on lui donne des lavemens laxatifs. On couvre le front de compresses trempées dans l'eau fraîche.

Le 26, le malade s'affaiblit sensiblement. Son facies est plus altéré que les jours précédens; les paupières sont agglutinées par des mucosités abondantes; il y a un peu de procidence de la paupière supérieure gauche. Cependant le malade voit bien de cet œil, et la pupille de ce côté est contractile. Les membres du côté gauche sont dans le même état; le malade se plaint d'y ressentir beaucoup d'engourdissement; les petits mouvemens convulsifs s'y font toujours remarquer. En essayant à comparer la sensi

bilité des deux côtés du corps, il y a diminution de la sensibilité dans les membres du côté droit ; il faut les pincer presque aussi fortement que ceux du côté gauche pour que le malade en ait la sensation. Les mouvemens y sont aussi manifestement moins étendus que les jours précédens. Le malade a eu un peu de délire pendant la nuit, mais le délire a été tranquille. Céphalalgie très-forte que le malade indique comme formant une sorte de ceinture tout autour de la tête. La langue est toujours sèche, sans déviation marquée. Deux vomissemens depuis la veille. Pas d'évacuations alvines. Emission de l'urine involontaire. Le pouls est fréquent, mais dépressible. La peau est chaude. Rien du côté de la poitrine. (Six sangsues à chaque apophyse mastoïde ; cataplasmes sinapisés ; un vésicatoire à chaque cuisse).

Le 27, l'état ne s'est pas amélioré.

Le 28, la prostration a fait des progrès notables. Le malade est dans un assoupissement continuel d'où il sort très-difficilement. Les réponses sont lentes, mal articulées et presque inintelligibles. Pendant la nuit il y a eu des rêvasseries, presque continuelles. Les membres du côté gauche ont perdu complètement leur sensibilité et toute espèce de mouvement. Les membres du côté droit sont à-peu-près dans le même état que les jours précédens. Il est impossible de savoir du malade s'il éprouve quelque chose de particulier dans les membres. La langue est sèche et fuligineuse. La respiration est plus fréquente que les jours précédens ; elle est suspirieuse. Le pouls est petit et fréquent ; la chaleur de la peau est vive, et s'accompagne d'une grande sécheresse. (Vésicatoire à la nuque ; catapl. sinapisés à plusieurs reprises ; lavement purgatif).

Les jours suivans, le malade tombe dans une prostration complète et dans le coma. Aucun phénomène nouveau ne survient, si ce n'est une escarrhe qui se manifeste au sacrum, et le malade succombe le 2 octobre, sans que l'on

ait pu constater d'autres lésions de la locomotilité et de la sensibilité que celles qui ont été notées plus haut.

Autopsie 30 heures après la mort. — L'extérieur du cadavre ne présente qu'une escarrhe qui occupe la région du sacrum, et qui pénètre à quelques lignes de profondeur.

Crâne. A l'ouverture du crâne, la dure-mère paraît dans un état d'intégrité parfaite. L'arachnoïde offre un peu d'injection vers la face convexe de chaque hémisphère cérébral. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est fortement infiltré de sérosité, et les membranes se détachent avec facilité, excepté vers la face convexe de l'hémisphère droit, où elles sont adhérentes dans l'étendue de deux pouces carrés, et où elles entraînent avec elles une certaine quantité de substance grise. Cette dernière, dans presque toute l'étendue des circonvolutions cérébrales, a conservé sa coloration et sa consistance naturelles. Mais au niveau du point où les membranes cérébrales adhèrent, la substance corticale est évidemment moins ferme que dans le reste de son étendue. Elle est aussi beaucoup plus rouge que dans les parties environnantes. Ce ramollissement et cette coloration rougeâtre occupent non-seulement toute l'épaisseur de la substance corticale, mais ils s'étendent encore à la substance blanche située au-dessous. Cette dernière est presque diffluente et pointillée de rouge. A un pouce de profondeur environ, cette coloration rougeâtre devient plus prononcée, et l'on pénètre dans une cavité capable de loger un petit œuf de poule, et remplie d'un sang en partie coagulé, en partie fluide. Les parois qui la forment sont ramollies dans tous les sens, mais dans une étendue moins considérable que dans le sens vertical. La couche optique, le corps strié de ce côté n'ont subi aucune altération. Le ventricule correspondant contient environ une cuillerée de sérosité. L'hémisphère du côté gauche ne présente aucune particularité. Le mésocéphale est dans son état naturel.

Le cervelet, sain dans tout le reste de son étendue, présente vers la partie moyenne de son lobe gauche un second ramollissement d'un pouce cube ; la pulpe nerveuse dans toute son étendue est fortement injectée, très-ramollie, surtout vers le centre de la partie affectée où il existe une certaine quantité de sang, non pas réunie en un véritable foyer hémorrhagique, mais combiné avec la substance nerveuse. Tout le reste du cervelet examiné avec soin présente sa coloration et sa consistance naturelles.

La moelle épinière examinée dans toute son étendue, ne nous a offert aucune lésion soit de coloration, soit de nutrition.

Thorax. Les deux poumons examinés ne présentent que de l'engouement vers la base. Le droit offre de particulier une sorte de froncement de son sommet. Autour de cette partie ainsi froncée, il existe un amas gros comme une aveline, de matière crétacée. Le cœur, un peu plus volumineux que le poing du sujet, présente une légère hypertrophie du ventricule gauche.

Abdomen. L'estomac est à l'état normal. Le canal intestinal n'offre rien de particulior. Le rein gauche est atrophié, réduit au volume d'un œuf de pigeon; la substance corticale a presque complètement disparu; elle est remplacée par un tissu cellulaire graisseux abondant. La substance tubuleuse a disparu aussi en grande partie ; on ne peut plus retrouver la cavité du bassinet, et l'uretère est réduite en un cordon solide et très-dur. Du reste, on ne trouve aucun calcul dans l'intérieur du rein qui puisse expliquer ces désordres.

L'altération du cerveau existe ici du côté opposé à celle du cervelet, et nous retrouvons un fait assez remarquable noté déjà dans un certain nombre d'observations dans lesquelles coexistaient une hémorrhagie dans un des hémisphères cérébraux, et une autre hémorrhagie dans le lobe opposé du cervelet. Nous voyons en effet que du côté op-

posé à l'hémorrhagie cérébrale, la paralysie est complète, tandis que du côté opposé à l'affection du cervelet, les phénomènes sont beaucoup moins tranchés et ne se manifestent qu'un peu plus tard. C'est simplement une diminution dans le mouvement et la sensibilité, et cependant l'altération du cervelet est presque aussi considérable que celle de l'hémisphère du cerveau. On pourra peut-être objecter que l'altération n'est pas la même : mais cette particularité a été notée dans les cas où la même lésion existe dans le cerveau et le cervelet, et où les lobes opposés de ces deux organes étaient occupés par une hémorrhagie ; et ce qui est encore plus remarquable, et pour ainsi dire l'exagération de ce que nous notons ici, c'est que l'hémorrhagie cérébelleuse s'est tû, pour ainsi dire, devant l'hémorrhagie cérébrale. Les membres opposés à l'hémorrhagie du cervelet n'étaient en rien lésés sous le rapport de leur mouvement ou de leur sensibilté, tandis que ceux opposés à l'hémorrhagie cérébrale étaient complètement paralysés. M. Droullain (1), M. Quesne (2), M. Rostan (3) ont rapporté des faits de cette nature.

Obs. III.e — *Chute. Fracture de la cuisse au bout de dix jours. Céphalalgie. Affaiblissement et paralysie du côté gauche. Affaiblissement de la vue. Escarrhes nombreuses. Délire. Mort. Ramollissement du lobe droit du cervelet. Méningite.* — Un homme âgé de 40 ans, était dans les salles de chirurgie à l'hôpital Cochin, pour s'y faire traiter d'une fracture de la cuisse gauche. Dix jours après son entrée à l'hôpital, il commença à éprouver des douleurs très-vives dans la tête, mais surtout vers la région occipitale qui avait été violemment contuse dans la chute qui avait déterminé la fracture. Peu de temps après

(1) Thése inaugurale.

(2) *Journal hebdomadaire*, T. I.er, p. 41.

(3) *Recherches sur le ramoll. du cerveau.* 2.e édit., p. 377.

l'apparition de cette céphalalgie, qui semblait surtout concentrée du côté droit de la région occipitale, le malade se plaignit d'éprouver de l'engourdissement et de la gêne dans les mouvemens du bras gauche. Les mêmes engourdissemens se firent sentir dans le membre qui était le siége de la fracture. Dès lors ce malade fixa notre attention. On pratiqua une saignée du bras, et quelques jours après l'on appliqua vingt sangsues du côté gauche de la tête. Mais la céphalalgie n'en persista pas moins, et au bout de quinze jours le malade ne pouvait plus se servir de son bras gauche : il exécutait bien encore quelques mouvemens, mais avec difficulté. La sensibilité n'avait subi aucune altération, car le malade sentait très-distictement quand on lui pinçait la peau, même très-légèrement. Alors les sens qui étaient restés intacts commencèrent à s'affaiblir; l'ouïe devint plus obtuse, et la vue diminua très-rapidement des deux côtés. Au bout de dix jours, le malade ne distinguait plus que très-difficilement les objets environnans. Les pupilles étaient largement dilatées et immobiles.

Alors commencèrent à se manifester d'autres accidens. Le membre qui était dans l'appareil devint le siége d'une escarrhe de l'étendue d'une pièce de cinq francs d'abord, et qui ensuite envahit la presque totalité du coude-pied. Tout le pied et toute la partie inférieure de la jambe devinrent le siége d'un œdème considérable. Au bout de quelques jours une nouvelle escarrhe se manifesta vers le mollet, puis son apparition fut suivie de celle d'une nouvelle escarrhe au-devant de la rotule. Dans les divers pansemens que nécessita l'apparition de ces escarrhes gangréneuses, il me fut possible de m'assurer que le membre inférieur gauche présentait les mêmes lésions de la sensibilité que le membre supérieur gauche. Quant au mouvement, la fracture n'étant pas consolidée, il me fut impossible de m'assurer s'il était aboli ou s'il était simplement diminué.

L'escarrhe du coude-pied s'était détachée ; la plaie qui en résultait versait une suppuration très-abondante ; le malade s'affaiblissait sensiblement, lorsqu'il fut pris de délire pendant la nuit du 28 au 29 août. Son délire était assez tranquille, et consistait simplement dans des rêvasseries presque continuelles ; mais il n'avait rien de furieux.

Le 30 août, le délire est le même ; céphalalgie générale ; la vue est toujours obtuse, les pupilles largement dilatées, même immobilité du membre thoracique gauche, même insensibilité. Légère déviation de la bouche du côté droit. La langue n'est pas déviée ; du reste, elle est sèche. Soif vive ; selles involontaires. (Dix sangsues aux apophyses mastoïdes ; cataplasmes sinapisés ; lavement).

Le 1.er juillet, le délire a cessé et est remplacé par un coma profond ; les yeux sont fermés ; la face est pâle et altérée ; langue sèche et fuligineuse. Les boissons ne peuvent plus être avalées ; elles séjournent fort long-temps dans le pharynx. Pas de vomissemens ; plusieurs selles involontaires. Rien de particulier dans le membre paralysé. La déviation de la bouche est la même que la veille. (Deux vésicatoires aux cuisses ; lavement purgatif).

Autopsie 31 *heures après la more.* — A l'extérieur du corps on aperçoit une vaste plaie qui occupe tout le coude-pied ; les tendons des extenseurs des orteils sont à nu, et ont déjà subi un commencement d'exfoliation. Tout le tissu cellulaire des côtés du pied et de la partie inférieure de la jambe est le siège d'une infiltration considérable. Une escarrhe qui commence à se détacher existe au-devant de la rotule. Enfin au niveau du mollet il existe encore une plaie de la largeur de la paume de la main, baignée par une grande quantité de sanie purulente, et qui a mis à nu les muscles jumeaux dans une assez grande étendue. La cuisse fracturée examinée avec soin présente diverses particularités qui sont étrangères à notre sujet.

Crâne. Les tégumens du crâne et la boîte osseuse n'ont

offert rien de particulier; la dure-mère se présente avec tous ses caractères nouveaux. L'arachnoïde cérébrale est le siège d'une rougeur très-prononcée, dans presque toute l'étendue des circonvolutions cérébrales; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans plusieurs points, est infiltré de pus : cette altération se retrouve vers la partie supérieure des lobules antérieurs et vers les lobules postérieurs, surtout vers celui du côté droit. Les membranes adhèrent vers ces divers points à la substance corticale, assez fortement pour que l'on enlève une couche très-mince de cette substance lorsque l'on veut en détacher les membranes. La substance corticale présente cependant sa consistance normale; seulement elle paraît un peu plus rouge que dans l'état sain. La substance blanche est exempte de toute altération. Les ventricules contiennent chacun une cuillerée à bouche de sérosité légèrement trouble. Du reste, les divers organes contenus dans ces cavités n'ont subi aucune altération.

Le cervelet présente une injection prononcée des membranes qui le recouvrent. Elles adhèrent très-fortement au niveau de la partie supérieure et sur le côté du lobe droit, et lorsqu'on essaye de les en séparer, on enlève avec elles une couche de substance nerveuse de deux lignes d'épaisseur. Cette substance est en effet ramollie vers ce point; elle est convertie en une matière d'un jaune rougeâtre, presque diffluente. Cette altération peut avoir d'avant en arrière un pouce et demi d'étendue, et un pouce dans le sens tranversal. La substance nerveuse environnante présente une injection bien notable, et paraît fortement pointillée de rouge. Le lobe gauche du cervelet ne présente rien de semblable; son tissu conserve partout sa consistance normale; il nous paraît seulement un peu plus injecté que dans l'état naturel.

La moelle examinée ne nous a offert aucune lésion. Elle présentait sa coloration et sa consistance normales.

Thorax. Les poumons étaient sains et n'offraient qu'un peu d'engouement sanguin vers leur base et leur partie postérieure. Le cœur n'offrait rien de particulier.

Abdomen. Les viscères abdominaux n'ont présenté rien qui fut digne d'être noté.

L'influence de la maladie du cervelet sur les mouvemens et cette influence croisée si manifeste pour la première observation, se retrouvent dans celle-ci. Mais aussi elle reste pendant long-temps indépendante de toute autre lésion, et n'est plus dominée comme dans le cas précédent par une altération de l'encéphale. Nous retrouvons ici deux phénomènes remarquables qui n'ont pas été observés dans les faits précédens; c'est une céphalalgie bornée à la partie postérieure de la tête et du côté correspondant à la lésion du cervelet. Cette céphalalgie a précédé et accompagné pendant toute leur durée les autres troubles fonctionnels que nous avons signalés. Un autre phénomène non moins remarquable et que nous allons retrouver dans les observations suivantes, s'est montré chez notre malade; je veux parler de la perte de la vue, étendue aux deux yeux, et de l'amaurose incomplète qu'a présentée ce malade. Nous devons dire, à propos de cet homme, que dans les nombreux pansemens qui furent faits, et dans lesquels le membre inférieur gauche fut mis à découvert, jamais le phénomène de l'érection ne fut observé. Lorsque, par l'autopsie, nous avons pu constater le véritable siège de l'affection, nous avons rassemblé non-seulement nos souvenirs sur ce point, mais encore ceux des personnes qui faisaient avec nous le pansement de la fracture et des escarrhes gangréneuses.

Dans l'observation suivante, quoique la cause aït été la même, l'altération du cervelet a marché avec une rapidité beaucoup moins grande que dans le cas précédent. Nous y retrouvons plusieurs des phénomènes déjà signalés dans ce cas, et nous en voyons aussi apparaître quelques autres.

Obs. IV.e — *Kyste rempli de pus développé dant l'hémisphère gauche du cervelet. Douleur occipitale. Paralysie des muscles droits. Mouvemens convulsifs revenant de temps en temps. Intégrité des sens et de l'intelligence. Mort.* — Le nommé Nollet (François), âgé de 27 ans, maréchal-ferrant, entre à l'hôpital de la Charité le 3 juillet 1829. Mais avant son entrée à l'hôpital, cet homme avait fait une chute à la renverse, et dans laquelle la région occipitale avait violemment frappé contre le sol. Peu de jours après cet accident, pour lequel le malade n'avait pris aucune précaution, il éprouva vers la région occipitale une douleur de tête assez vive, et c'est alors seulement qu'on lui pratiqua une saignée du bras. Cependant Nollet n'en continua pas moins pour cela ses occupations. Un mois environ après l'apparition de cette douleur de tête, il fut pris tout-à-coup, au milieu de ses occupations, de perte de connaissance et de mouvemens convulsifs dans les quatre membres, et non dans un seul côté du corps ; c'est du moins ce qu'il a pu juger par ce que lui ont raconté les personnes qui l'entouraient lors de son attaque. Depuis cette époque, il resta sujet aux mêmes accidens qui se montraient une ou deux fois par semaine. Le malade travailla encore pendant quelque temps, mais il fut obligé de suspendre ses travaux. La douleur occipitale continuait toujours à se faire sentir, et un affaiblissement notable dans les membres du côté droit, était survenu. Cette paralysie, suivant le rapport du malade, avait été précédée d'engourdissemens qui alternaient avec de petits mouvemens convulsifs bornés aux membres droits, et indépendans des attaques épileptiformes que le malade avait présentées. La paralysie fit des progrès continuels à dater du moment où elle eut commencé, et les convulsions partielles des membres droits cessèrent. Mais les attaques épileptiformes, quoique plus rares, continuèrent cependant à se montrer. On appliqua trois fois des sangsues au malade pendant

cette période de la maladie; on lui établit un séton à la nuque, mais les accidens persistèrent, et le malade ayant épuisé toutes ses ressources se décida à venir à l'hôpital, huit mois après l'invasion des premiers symptômes.

Le 4 juillet, face pâle, air de stupeur. La bouche présente une déviation à gauche, la langue n'a pas subi de déviation notable. Les membres du côté droit sont dans un état complet de résolution; soulevés, ils retombent aussitôt, leur sensibilité n'a pas beaucoup diminué, elle est seulement obtuse, et lorsqu'on pince la peau, le malade éprouve une sensation moins distincte que du côté gauche; le malade se plaint d'éprouver de temps en temps des élancemens douloureux dans les membres paralysés. Céphalalgie augmentant par le moindre mouvement et occupant la région occipitale vers laquelle le malade porte sans cesse la main. La vision et l'ouïe sont intactes, L'intelligence est conservée et le malade donne lui-même tous les détails sur sa maladie. Il existe des nausées fréquentes, il y a de temps à autres des vomissemens, la langue a un peu de tendance à se sécher, elle est un peu collante. Depuis huit jours diarrhée assez abondante. Rien du côté de la respiration, le pouls est fréquent mais régulier (panser le séton, pédiluves synapisés, eau de Seltz).

Le malade était depuis huit jours à l'hopital, s'affaiblissant de jour en jour, lorsqu'il fut pris tout à coup d'un accès convulsif qui se prolongea pendant une heure et demie, et à la suite duquel il tomba dans un état comateux dont rien ne put le tirer. Des sangsues furent appliquées aux apophyses mastoides; des vésicatoires furent placés aux cuisses, mais le malade succomba malgré ces moyens, le 13 juillet, dix jours après son entrée à l'hopital et huit mois et demi environ après l'invasion de sa maladie.

Autopsie 24 heures après la mort. —L'extérieur du corps ne présente rien de particulier.

Crâne. Les téguments et les os du crâne ne présentent

aucune altération. La dure mère n'est nulle part adhérente aux os du crâne, les sinus sont seulement gorgés de sang fluide. L'arachnoïde ne présente rien de particulier; les veines qui rampent dans le tissu cellulaire sous arachnoïdien sont fortement gorgées de sang. La substance corticale est très-injectée, elle offre une teinte légèrement violacée et se dessine sur la substance blanche d'une manière plus tranchée que dans l'état ordinaire; sa consistance est cependant normale, la substance blanche, qui offre aussi sa consistance ordinaire, est fortement injectée, et lorsqu'on l'incise elle présente un pointillé rouge très-marqué. Les ventricules de chaque côté renferment environ une cuillerée à café de sérosité limpide.

Le cervelet participe aussi à l'injection qui a été signalée pour la masse cérébrale. Son lobe droit est tout-à-fait sain et conserve sa consistance naturelle; mais le lobe gauche est occupé vers sa partie moyenne, par un foyer purulent capable de loger un petit œuf de pigeon. Le pus qu'il renferme est bien lié, d'un jaune légèrement verdâtre. Ce foyer est entièrement isolé de la pulpe nerveuse environnante par une membrane d'une demi-ligne d'épaisseur, parfaitement lisse et formant un véritable kyste qui emprisonne de toute part la matière purulente. Le tissu nerveux environnant conserve une consistance encore assez grande; à peine existe-il une très légère différence de cohésion entre cette portion de la pulpe nerveuse et celle qui est à une plus grande distance du foyer. Mais ce qui est bien évident, c'est une injection très prononcée de la substance nerveuse. Celle-ci est parcourue par une très grande quantité de vaisseaux capillaires qui lui donne une teinte d'un rose très-foncé. Cette injection pénètre tout autour du foyer purulent à trois lignes d'épaisseur : passé ce point, la coloration rosée diminue et la pulpe nerveuse reprend sa teinte naturelle.

La moelle épinière, examinée, n'a présenté aucune lésion appréciable.

Thorax. Les poumons sont très fortement engoués vers leur base. Leur tissu n'est presque plus crépitant, et lorsqu'on les incise, il s'en échappe une grande quantité de sérosité sanguinolente ; le cœur est à l'état normal.

Abdomen. Les viscères contenus dans le ventre n'ont offert qu'une légère injection de la fin de l'iléon et du commencement du gros intestin.

Nous retrouvons ici cette douleur occipitale déjà notée dans l'observation précédente, mais non plus exactement limitée au côté qui correspondait à l'altération. Du reste, chez cet homme les sens sont intacts et les lésions ont porté surtout sur la locomotilité. En effet, il existe chez lui des accès épileptiformes puis des petits mouvemens convulsifs partiels dans les membres opposés à l'altération du cervelet. Chez lui aussi nous voyons apparaître un nouveau phénomène, je veux parler des vomissemens qui se répétaient de temps en temps et qui ne dépendaient d'aucune altération particulière de l'estomac ; puisque rien d'anormal n'a été observé à l'autopsie du côté de ce viscère. Ce phénomène s'était déjà présenté dans la dernière observation, mais seulement dans les derniers temps de la maladie et non plus d'une manière aussi constante que dans le fait qui fixe notre attention.

OBS. V.e — *Tubercules dans le lobe gauche du cervelet et dans les poumons. Céphalalgie occipitale. Hémiplégie droite : cécité. Intelligence intacte. Symptômes de méningite. Mort.* — Un ébéniste âgé de 28 ans, d'une taille moyenne, d'une constitution délicate, entre à l'hôpital Cochin, le 2 septembre 1828. Cet homme, qui avait été scrofuleux pendant son enfance, et qui portait au cou des cicatrices résultant d'anciens abcès froids, avait perdu son père lorsqu'il était très-jeune, et d'une maladie de poitrine qui semble avoir été une affection tuberculeuse. De-

puis un an il éprouve une toux très-opiniâtre; il a de temps en temps des crachemens de sang, et il a considérablement maigri. Depuis deux mois surtout il crache abondamment, et il éprouve des sueurs nocturnes. Depuis la même époque il s'est manifesté de la diarrhée, et plusieurs phénomènes fort remarquables du côté des centres nerveux, tels qu'une céphalalgie très-violente, surtout vers la partie postérieure de la tête, et dont les accès, qui de temps en temps redoublent d'intensité, s'accompagnent de vomissemens. Depuis la même époque, la vue s'est considérablement affaiblie, et les membres du côté droit ont perdu presque entièrement le mouvement. Lorsque le malade fut soumis à notre observation, il était dans l'état suivant :

Le 3 septembre, amaigrissement considérable; face pâle; prolapsus léger de la paupière supérieure droite; pas de déviation de la bouche ou de la langue. Hémiplégie du côté droit; les mouvemens du bras sont presque complètement impossibles; le malade peut cependant, avec de grandes difficultés, ramener le bras vers la poitrine. Quand on le soutient, il retombe sans que sa chute puisse être ralentie par la volonté du malade. La jambe droite est à-peu-près dans le même état. Les sens, et surtout celui de la vue, ont subi une profonde altération. La vue est presque entièrement abolie; c'est à peine si le malade distingue le jour d'avec la nuit. Les pupilles sont immobiles; l'ouïe paraît émoussée, car il faut parler un peu haut pour que le malade entende. La sensibilité de la peau n'a pas subi d'altération; le malade sent distinctement quand on pince la peau, même très-légèrement. Céphalalgie très-vive à la partie postérieure de la tête, s'étendant à la partie latérale gauche. Le malade a vomi la veille. La langue est humide et sans rougeur. Il y a de la diarrhée. La poitrine présente de la matité en avant et vers la partie supérieure du côté droit. La respiration s'entend mal vers ce point; elle s'ac-

compagne d'un gargouillement très-prononcé, et il existe une pectoriloquie évidente que l'on retrouve dans l'aisselle correspondante et à la partie postérieure dans la fosse sus-épineuse. Le côté gauche, plus sonore, offre aussi un murmure vésiculaire incomplet, mélangé d'un peu de râle muqueux. L'expectoration est purulente; le pouls est fréquent; il y a de la chaleur à la peau. (Gomme édulcorée; potion gommeuse; lavement d'amidon et de pavot; vésicatoire à la nuque).

Les jours suivans, aucun changement notable. Les membres du côté droit restent dans le même état, et l'intelligence se conserve intacte. Mais le 10 septembre, le malade commence à délirer; il s'agite dans son lit; il parle à haute voix.

Le lendemain, la face est colorée; le délire persiste. Les sens paraissent dans le même état; les membres paralysés n'exécutent plus aucun mouvement. La respiration est fréquente et embarrassée. Le pouls est très-fréquent, mais offre peu de résistance. (Huit sangsues derrière chaque apophyse mastoïde; catapl. sinapisés; lavement; glace sur la tête à plusieurs reprises).

Le 12 septembre, la face est pâle, le malade est dans le coma le plus profond. La respiration est excessivement embarrassée; il y a du râle trachéal. Langue sèche; vomissemens; évacuations alvines involontaires. On constate dans les membres paralysés le même état que les jours précédens. Le malade meurt le lendemain dans la matinée.

Autopsie 26 heures après la mort.—Tête. Les membranes qui recouvrent les circonvolutions cérébrales sont très-fortement injectées dans presque toute l'étendue de la masse cérébrale. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité. Dans presque toute l'étendue de la face supérieure des hémisphères, les membranes adhèrent un peu à la substance corticale; cependant lorsqu'on les détache elles n'enlèvent pas cette dernière. La substance grise est

légèrement injectée ; la substance blanche ne présente rien de particulier. Les deux hémisphères coupés tranche par tranche ne laissent apercevoir aucune lésion.

Les membranes du cervelet présentent à-peu-près les mêmes injections que celles du cerveau. Cette injection est bien plus marquée encore sur le lobe gauche du cervelet, où il existe par place dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien un peu d'infiltration purulente. En incisant ce lobe couche par couche, l'on découvre à un demi-pouce de profondeur, et plus près de la partie antérieure que de la postérieure, une masse tuberculeuse du volume d'une grosse aveline, irrégulièrement arrondie, et ayant subi déjà un commencement de ramollissement. Cette masse est isolée au milieu de la substance nerveuse avec laquelle on ne remarque aucune adhérence. Cette dernière offre seulement cela de remarquable qu'elle est fortement injectée dans l'étendue de trois lignes ; injection qui va ensuite en diminuant graduellement à mesure que l'on s'éloigne de la masse tuberculeuse. Le lobe droit du cervelet n'offre rien de semblable.

La colonne vertébrale a été ouverte : la moelle était saine dans toute son étendue.

Thorax. La plèvre droite contenait un peu de sérosité trouble. Quelques fausses membranes très-minces et très-molles recouvraient le sommet du poumon. Celui-ci était occupé à son sommet par une caverne capable de loger une pomme, et remplie de mucosités puriformes. Le tissu pulmonaire environnant était infiltré de matière tuberculeuse. Tout le reste de l'étendue du poumon était occupé par des tubercules isolés ou réunis en masse, et à des degrés divers de ramollissement. Le poumon gauche présentait aussi un grand nombre de tubercules.

Le cœur était sain.

Analysons maintenant ces cinq observations sous le rapport des lésions fonctionnelles, et examinons jusqu'à quel point ces lésions se rapportent avec ce qui a déja été noté par les autres observateurs.

Lésions de la locomotilité. — La paralysie a été notée dans les cinq observations qui précèdent. Cette paralysie a débuté d'une manière instantanée dans le cas d'hémorrhagie, et d'une manière graduelle dans les quatre autres observations qui ont présenté des ramollissemens et des tubercules.

Dans les cinq cas observés par nous, la paralysie a existé toujours du côté opposé à l'altération du cervelet. Dans un cas où il y avait double altération de l'encéphale et du cervelet, le côté qui était opposé au lobe malade du cervelet présentait une simple diminution du mouvement et de la sensibilité qui ne furent appréciables que vers la fin de la maladie.

La paralysie porta seulement sur les membres dans la première observation. Elle porta en même temps sur les membres et sur les muscles de la face dans trois cas, et sur ces trois cas (2.e, 3.e, 4.e observations), on observa une déviation sensible de la bouche.

Dans aucun de ces cinq cas, la paralysie n'a porté sur la langue qui ne présentait aucune déviation.

Dans deux cas seulement (1.re et 5.e obs.), la paupière supérieure a été paralysée.

Dans deux cas on a pu constater des mouvemens convulsifs. Dans l'un, ces mouvemens convulsifs étaient généraux et avaient une grande analogie avec des attaques d'épilepsie (4.e obs.) L'altération consistait en un abcès enkysté développé dans l'hémisphère gauche du cervelet. Dans l'autre, les mouvemens convulsifs étaient partiels et occupaient le côté opposé à l'altération du cervelet.

Lésions de la sensibilité. — La sensibilité cutanée avait été considérablement diminuée dans trois cas (1.re, 2.e,

4.ᵉ obs.) Dans le premier il y avait simple hémorrhagie d'un des lobes cérébelleux ; dans l'autre, il y avait hémorrhagie du cerveau avec ramollissement de la pulpe cérébrale environnante; dans le troisième, l'un des lobes du cervelet était occupé par un abcès enkysté.

Elle était simplement pervertie dans deux observations; le malade avait éprouvé des engourdissemens et des fourmillemens dans deux cas; l'un de ramollissement (3.ᵉ obs.), l'autre d'abcès enkysté. (4.ᵉ obs.)

Enfin la sensibilité fut conservée intacte dans la cinquième observation où des tubercules occupaient un des lobes du cervelet.

La vue ne subit aucune altération dans trois cas (1.ʳᵉ, 2.ᵉ, 4.ᵉ), mais elle fut complètement abolie dans deux cas, l'un de ramollissement d'un des lobes cérébelleux (3.ᵉ obs.) ; l'autre, de tubercule développé dans la même région. (5.ᵉ obs.)

L'ouïe resta intacte dans trois cas aussi, et dans les mêmes qui présentaient une intégrité complète de la vue ; mais elle fut sensiblement altérée dans les deux cas où la vue elle-même subit une profonde altération (3.ᵉ et 5.ᵉ obs.)

La céphalalgie a existé dans quatre cas. Elle n'a pas été notée dans le premier. Elle formait une sorte de ceinture autour de la tête (2.ᵉ obs.), dans un cas où il y avait simultanément ramollissement du cervelet et ramollissement consécutif à une hémorrhagie d'un des lobes du cerveau.

Dans trois cas elle occupait la région occipitale ; dans deux elle était bornée au côté de l'occiput correspondant au lobe cérébelleux malade (3.ᵉ, 5.ᵉ obs.). Dans un de ces cas il y avait ramollissement, dans l'autre, tubercule. Dans un autre, la céphalalgie occupait la région occipitale sans être bornée à un côté seulement (4.ᵉ obs.), et l'altération consistait en un kyste purulent occupant un seul des deux lobes du cervelet.

Lésions de l'intelligence. — L'intelligence est restée intacte dans tous les cas ; et si elle s'est troublée, c'est vers la fin seulement et sous l'influence de complications telles que des méningites, qui sont venues terminer la maladie.

Lésions vers l'appareil de la génération. — Dans aucun des quatre cas qui ont été observés sur des hommes, nous n'avons observé de phénomènes particuliers du côté des organes génitaux. Nous avons fréquemment découvert ces malades pour explorer l'état des membres inférieurs, et notamment chez l'individu qui portait une fracture de la cuisse, et jamais nous n'avons rien noté de ce qui avait été annoncé par certains observateurs.

Lésions de la digestion. — Des vomissemens ont été observés dans trois cas. (2.e obs.) Il y avait eu en même temps que la lésion du cervelet, un ramollissement du cerveau, et des traces évidentes de méningite. Dans l'autre (4.e obs.), il y avait un kyste purulent développé dans un des lobes cérébelleux, et des vomissemens se montrèrent assez fréquemment quand la maladie du cervelet était encore indépendante de toute autre. (4.e obs.). Dans le dernier, des vomissemens accompagnaient chaque redoublement de la céphalalgie occipitale, et il existait dans le cervelet une masse tuberculeuse. (5.e obs.).

La circulation n'a pas présenté de lésions particulières.

Observation d'anus accidentel traité par l'entérotomie, suivie de quelques réflexions sur cette observation ; par Lesauvage, *de Caen.*

Parmi les éminens services rendus à la chirurgie française par l'illustre praticien dont elle déplore encore la perte récente, on doit compter aux premiers rangs le traitement de l'anus contre-nature. L'opération si ingénieusement, si

physiologiquement calculée, qui a fait disparaître l'incurabilité de cette dégoûtante maladie, a reçu de la pratique de son auteur et de celle des premiers chirurgiens de France et de l'étranger, une sanction qui a mis hors de doute toute l'étendue de ses avantages.

C'est maintenant au temps et à l'expérience à faire la part des complications qui ont pu ne pas surgir chez les premiers malades qui ont éprouvé les heureux effets de cette opération, et surtout à produire les moyens d'apprécier, par la nécropsie, les résultats consécutifs, ainsi que cela a eu lieu dans l'observation dont je vais exposer les détails.

La femme Goulay, âgée de 47 ans, d'un embonpoint médiocre, et offrant les indices d'une lésion chronique des organes digestifs, portait depuis long-temps dans l'aine droite une hernie crurale dont elle était peu incommodée. Le 6 août 1834, elle ressentit une douleur vive vers sa hernie. Des coliques survinrent, et bientôt après des vomissemens répétés. La malade refusa de se rendre aux conseils d'un médecin qui insistait sur la nécessité d'une opération pour faire disparaître les accidens d'un étranglement bien caractérisé ; ces accidens persistèrent jusqu'au 13. Alors on appela un second médecin qui pratiqua de suite l'opération. Il y avait sept jours que les premiers symptômes étaient apparus.

L'anse intestinale comprise dans la hernie était dans un état complet de mortification. Elle fut emportée d'un coup de bistouri, et la plaie donna issue à une grande quantité de matières intestinales. L'opérateur débrida le canal crural et le col du sac herniaire. *Il crut devoir attirer au-dehors les extrémités de l'intestin, et il les y retint à l'aide d'un fil passé dans le mésentère.*

Le 29 du même mois, seize jours après l'opération, la malade fut conduite à l'hôpital, et nous remarquâmes les dispositions suivantes : il y avait à l'aine droite une plaie à

bords rouges et gonflés, au centre de laquelle la portion d'intestin qui y avait été attirée et retenue faisait une saillie d'un pouce de longueur. Elle livrait presque continuellement passage à des matières excrémentitielles à demi-fluides, et leur contact sur la peau des environs y avait produit un érysipèle assez étendu et douloureux.

Les soins donnés à la malade pour rétablir une santé qui paraissait bien délâbrée, ne pouvaient avoir aucune influence sur sa dégoûtante infirmité, et il était évident que la portion d'intestin prolongée bien au-delà de la surface de la plaie, établissait à tout jamais un anus contre-nature. Alors je me décidai à mettre en pratique l'ingénieux procédé du professeur Dupuytren.

Le 19 mars 1835, j'emportai à l'aide de ciseaux courbes, et jusqu'au niveau de la surface de la plaie, toute la portion saillante de l'intestin, et seulement alors je reconnus qu'elle était formée de la réunion des deux tubes solidement unis par une pseudo-membrane. Il survint une légère hémorrhagie qui céda à une compression modérée.

A l'aide d'une sonde à femme, je reconnus que la partie supérieure de l'intestin était dirigée en haut et en arrière, et que le bout inférieur était incliné en dedans et en bas. Quoique cette divergence de direction parût peu favorable à l'opération, elle fut pratiquée le 19 mars.

La branche femelle de l'entérotome pénétra facilement dans l'ouverture supérieure, et elle y fut maintenue à la profondeur de deux pouces et demi. J'éprouvai quelque difficulté pour arriver à la même hauteur dans le bout inférieur; cependant le rapprochement des mâchoires se fit avec facilité. La compression fut médiocre d'abord; l'instrument fut placé par une forte compresse pliée et maintenue sur la cuisse à l'aide d'une cravate qui y faisait deux tours.

La malade ressentit seulement quelques douleurs assez supportables, et qui disparurent bientôt. Chaque jour les

branches de l'entérotome furent médiocrement serrées, et le septième jour l'instrument se détacha. Il me fut facile de reconnaître par l'étendue des parties sphacélées comprises entre les mâchoires, que la division des parois intestinales ne devait avoir qu'un pouce et demi à-peu-près d'étendue. Cependant les matières intestinales eurent bientôt un libre cours par la partie inférieure de l'intestin, et il en sortit peu par la plaie.

Malgré ce résultat avantageux, je craignis que la perte de substance ne fût pas assez étendue, et quelques jours après je procédai à une nouvelle introduction de l'entérotome. Ses branches furent portées à près de trois pouces, et exactement dans la même direction. La malade, qui avait paru souffrir peu d'abord, éprouva bientôt des douleurs tellement vives, que l'élève interne de service se décida à enlever l'instrument, et presqu'aussitôt les accidens se calmèrent. Ce fut seulement quinze jours après qu'une nouvelle tentative fut faite, et avec succès. L'instrument, qui fut serré chaque jour, devint libre et fut enlevé le huitième jour. Alors j'eus la certitude que l'ouverture de communication avait au moins deux pouces d'étendue.

Les matières avaient un libre cours par les voies inférieures. La cicatrisation de la plaie était complète après vingt-cinq jours; il n'existait qu'un léger suintement de matières liquides, et au bout d'un mois le pertuis fistuleux était entièrement oblitéré.

Quoique la continuité des voies intestinales fût rétablie, et que le passage des matières ne produisît aucune douleur derrière la cicatrice, le bas-ventre était toujours souffrant, et la malade éprouvait souvent le retour d'une diarrhée qui en était la conséquence. Pendant toute la belle saison il y eut des alternatives de mieux; mais, au mois de septembre, la diarrhée devint continue, les douleurs s'éveillèrent derrière la cicatrice; elle se rouvrit, et donna de nouveau cours à des matières liquides; enfin le ma-

rasme survint ; il ne fut plus possible de maitriser la diarrhée, et la malade succomba le 28 octobre.

Autopsie. — L'intérieur des voies digestives offrait les traces d'une phlegmasie chronique. On ouvrit longitudinalement le bord supérieur de l'intestin qui adhérait à la cicatrice. Alors on reconnut que l'ouverture de communication entre les deux portions d'intestin était très-rétrécie, et pouvait à peine admettre l'extrémité d'un doigt. Les bords de la division anguleuse produite par l'entérotome s'étaient réunis du fond vers la fistule, et il en était résulté une diminution progressive de la vaste communication qui avait d'abord facilité le libre passage des matières et l'oblitération complète de la fistule pendant plusieurs mois. La longueur de la cicatrice était bien moins étendue que ne l'avait été celle de la division. Elle était épaisse, comme fongueuse ; les parois intestinales étaient plissées, et elle formait à la jonction des deux ouvertures une sorte d'éperon assez épais, que les matières intestinales étaient obligées de contourner pour passer d'un intestin dans l'autre.

Réflexions.—Les phénomènes de cicatrisation consécutive que l'autopsie a révélés, auraient-ils été amenés par l'état morbide que présentait le canal digestif antérieurement à l'opération ? Sont-ils susceptibles de s'accomplir dans le cas où il n'y aurait pas d'irritation gastro-intestinale ? C'est à l'expérience à prononcer ; et, dans le cas d'affirmative, les avantages de l'opération se trouveraient limités. En supposant l'intégrité des voies digestives, est-il possible d'admettre qu'une abondante alimentation pourrait contribuer à entretenir l'ampleur de la communication artificielle, moyen qui, je crois, a été proposé par Scarpa, et a été de nouveau préconisé dans ces derniers temps ? Je ne le pense pas, et je crois qu'à défaut d'expérience on pourrait infirmer, par beaucoup de raisons puisées dans la physiologie, la bonté de ce moyen qui, au moins, ne

serait nullement applicable dans les cas semblables à celui qui vient d'être rapporté. Quant à l'opération pratiquée en premier lieu, il est difficile de concevoir qu'il y ait eu nécessité d'amener au-dehors les portions d'intestin situées au-delà de l'étranglement, et surtout qu'il ait été facile de le faire, car les accidens existaient depuis depuis sept jours, et il est présumable qu'elles avaient contracté des adhérences avec le col du sac herniaire. Après les préceptes établis par le célèbre Scarpa sur ce sujet d'après des observations multipliées (1), on est surpris de voir le professeur Boyer admettre que la gangrène pourrait s'étendre au-delà de l'étranglement, et en déduire la nécessité d'attirer de l'intérieur de l'abdomen au-dehors des portions d'intestin, pour reconnaître leur état, et de ne les réduire qu'après les avoir fixées à l'aide d'un fil passé dans le mésentère (2). Cette manœuvre peut détruire les adhérences déjà contractées avec le col du sac herniaire, anéantir les chances heureuses qui sont souvent la conséquence de cette adhérence, quelquefois même produire un épanchement à l'intérieur; plus souvent annuller les efforts naturels qui tendent à faciliter la guérison spontanée des anus artificiels, et surtout rendre moins fructueux les avantages qui doivent résulter ultérieurement de l'opération de l'entérotomie.

En effet, nous avons vu que l'ouverture pratiquée aux deux parois intestinales, et qui avait livré aux matières une libre issue, a fini par se rétrécir successivement, à tel point que l'orifice de communication admettait à peine le bout du doigt. Cette disposition, en rendant très-difficile le passage des matières, contribuait à entretenir et à perpétuer l'inflammation adhésive par laquelle elle était produite, ainsi que celle qui a déterminé la diarrhée et le

(1) Scarpa, *Traité des hernies*, p. 267.
(2) *Œuvres chirurg.*, T. VIII, p. 162.

rétablissement de la fistule; tandis que si, dans le principe, l'adhérence naturelle des bouts de l'intestin au col du sac herniaire avait eu lieu comme on l'observe le plus ordinairement, alors, pendant le temps qui s'est écoulé avant l'opération définitive, le cul-de-sac lentement entraîné par l'effet de la rétraction graduelle de l'intestin, aurait formé l'entonnoir membraneux de communication entre les deux ouvertures; et si, plus tard, son peu d'étendue avait amené la nécessité de l'opération de l'entérotomie, il aurait formé, derrière la cicatrice de la fistule, une portion de l'ouverture artificielle à laquelle les effets de l'inflammation adhésive ne se seraient point étendus, et les effets si prompts du rétrécissement qui ont contribué à faire périr la malade auraient été par là empêchés, ou au moins suspendus pour longtemps.

Observations sur quelques points de l'histoire des congestions cérébrales; présentées à la Société de Médecine d'Angers, dans sa séance de juin 1835, par J. GUÉRETIN, *ex-premier interne des hôpitaux d'Angers, membre de la Société anatomique, etc.* (Fin).

IX.e *Forme.* — Plusieurs observations détaillées, frappantes de ressemblance dans leur aspect et dans leur marche, m'ont offert des symptômes que je n'ai pas trouvés exposés dans les huit formes de M. Andral. Je ne sais si, à sa quatrième forme, l'illustre professeur a entendu par *irrégularité*, *désordres de la motilité*, non-seulement les mouvemens convulsifs, les roideurs musculaires, mais encore certains mouvemens généraux, une sorte d'*ébats*, que je signalerai dans les observations suivantes, joints à une perte plus ou moins complète de connaissance. Dans ce cas j'aurais dû les rattacher à cette quatrième forme; mais le peu de mots que M. Andral en dit ne me paraissant pas com-

prendre les symptômes de ces observations, j'ai cru devoir les rattacher à un groupe particulier.

Obs. XIII. — Un homme âgé de 32 ans, d'une constitution robuste et pléthorique, un peu trapu, est entré deux fois à l'Hôtel-Dieu pour l'affection que nous allons décrire. Après la disparition des accidens, il nous a raconté les détails suivans : Depuis quinze ans environ, il a presque constamment des signes de pléthore générale. Il ne sait à quoi les attribuer. Auparavant, sa santé fut toujours parfaite; sa nourriture est frugale, il n'est point adonné au vin. A des époques irrégulières, vers le printemps surtout, il éprouve une augmentation sensible des symptômes pléthoriques. Une forte saignée le ramène ordinairement à son état antécédent. S'il s'en abstient, et quelquefois même quoiqu'il le fasse, l'état est porté aux symptômes suivans, qui lui sont survenus huit ou dix fois depuis quinze ans :

En avril 1834, il ressentait depuis quinze jours environ une augmentation des symptômes habituels de pléthore. La veille de l'attaque, malaise, baillemens, fourmillemens. Il tombe tout-à-coup sans connaissance, sans mouvement, sans sentiment. Un homme qui était avec lui court promptement chercher du secours, et revient dix minutes après : saignement abondant par le nez et la bouche, face bouffie, respiration soufflante. On l'amena de suite à l'Hôtel-Dieu, où il arriva une heure après l'accident. La connaissance était revenue depuis dix minutes environ. Il demandait d'une voix étouffée qu'on le saignât. A l'arrivée, face vultueuse, yeux rouges, céphalalgie frontale violente, étourdissemens et éblouissemens presque continuels. Le malade répond laconiquement aux questions d'une voix étouffée. Il a sa connaissance, mais coma léger. On semble le tirer du sommeil en le faisant parler. Respiration fréquente (45 inspirations par minute), un peu soufflante; encore léger écoulement de sang spumeux par

la bouche et les narines. De temps en temps, efforts d'expectoration, pouls plein, grand, à 78 pulsations. Décubitus immobile sur le dos; sentiment général de fourmillemens, d'engourdissemens.

Depuis que la connaissance est revenue, de dix en dix minutes environ, il semble se réveiller de son assoupissement. Il sent, comme il peut à peine le dire, de fortes bouffées faciales, plus de resserrement au thorax, puis de suite il n'écoute plus, n'entend plus ce qu'on lui dit; perte presqu'entière de la sensibilité. En même temps *mouvemens violens* de tout le corps; le malade se tourne violemment dans son lit, *frappe à tort et à travers*, se soulève le tronc, etc.; quatre hommes ont peine à le tenir dans son lit. Aucune apparence de roideur, de convulsions, de tremblemens convulsifs; face plus vultueuse; respiration haletante; saignement par le nez et la bouche non augmenté. On lui parle, on le secoue envain; il ne répond rien, ne paraît rien sentir. Cet état dure deux à huit minutes; peu-à-peu ses efforts sont moins violens; assoupissement marqué; retour graduel de l'état primitif. Il n'a qu'une idée confuse de la crise qu'il vient d'éprouver. (Saignée de 20 onces; 25 sangsues à l'épigastre).

Cet état dura six heures environ. Depuis près de trois heures, le malade ne crachait plus de sang; la respiration est peu-à-peu plus facile; les éblouissemens, les étourdissemens sont bien moins forts; peu-à-peu aussi la violence des *ébats* s'est ralentie, ils durent moins long-temps. Dans leurs intervalles (ils ne reviennent plus que de 20 à 50 minutes) l'assoupissement est moins prononcé; le malade répond d'une voix moins étouffée, se plaint moins de douleur de tête. Pouls toujours plein, à 69 battemens. (Saignée de xij ℥).

C'était à sept heures du soir; l'infirmier qui surveilla le malade, dit qu'il resta presque toute la nuit assoupi. Les *ébats* étaient complètement disparus.

Le lendemain matin, l'assoupissement persiste, la tête est lourde, douloureuse; la face encore rouge; les mouvemens lents; la respiration encore un peu accélérée, mais facile; ni éblouissemens, ni engourdissemens; grande lassitude, tête hébêtée; pouls moins plein.

Ces symptômes disparurent graduellement. Le malade sortit deux jours après. L'état antécédent à l'accès était revenu. Les saignées n'avaient pas sensiblement fait pâlir la face.

Remarquons : 1.° l'état pléthorique habituel; 2.° l'invasion par une perte spontanée de connaissance, durant 20 à 60 minutes et plus; 3.° le caractère de ces ébats violens pendant lesquels le malade ne semblait ni entendre ni sentir. C'est surtout sur ces ébats que j'insiste. 4.° L'absence complète de tétanos, de convulsions, de contractures. 5.° La simultanéité de symptômes encéphaliques et pulmonaires. 6.° La disparition complète au bout de quelques jours. 7.° L'écoulement d'un sang écumeux, assez abondant, par la bouche et le nez. Je n'ai point revu cet écoulement dans les observations suivantes 8.° La ressemblance qu'on peut y trouver avec des accès d'épilepsie; mais je ne vis point là les secousses, les convulsions de cette affection. Je revis le malade 15 mois après : il n'y avait pas eu de rechute. Je citerai plus loin des cas où il n'y avait pas eu de symptômes semblables antécédemment.

Obs. XIV.e — Un carrier âgé de 25 ans, d'une constitution robuste, musclé vigoureusement, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 24 juin 1834, à trois heures du soir. Un mois auparavant, il était déjà venu pour des symptômes ordinaires de pléthore cérébrale. Il nous dit alors qu'il se portait ordinairement bien; mais à des époques irrégulières, deux à quatre fois par an, il était pris graduellement de maux de tête, de forte propension au sommeil.... Une saignée dissipait le plus souvent les accidens; il se plaint de cet état depuis huit ans environ. Par deux fois aussi il a

été pris de perte de connaissance dont il revenait assez promptement.

Apporté à l'Hôtel-Dieu le 24 juin, ceux qui l'amenèrent nous dirent que, depuis deux jours, il se plaignait de forts maux de tête, qu'il était rouge. Subitement à la carrière, à neuf heures du matin, il tomba sans connaissance, sans mouvement; la face était rouge, les membres non roidis; point de saignement par le nez ou la bouche; respiration soufflante. On le porta chez lui sans qu'il s'en aperçut.

Une heure après, il commença à r'ouvrir les yeux, à regarder autour de lui d'un air étonné, à se remuer lentement. Une forte saignée fut faite. Un quart-d'heure plus tard, il fut pris d'*ébats violens* qui s'appaisaient momentanément. Ces ébats existaient encore à l'arrivée à l'Hôtel-Dieu. Ils avaient eu lieu six à sept fois dans la route, en deux heures à-peu-près.

A son arrivée, face bouffie, presque violacée; yeux fermés, pupilles dilatées. Le malade se tourne fréquemment, et avec vivacité, dans son lit. Etourdissemens, battemens violens des carotides. Respiration un peu accélérée (30 respirations par minutes); léger sentiment d'étouffement, murmure respiratoire un peu soufflant; pouls plein, grand, à 62 pulsations; fourmillemens généraux: il répond juste, mais brièvement, à ce qu'on lui dit. Sentiment d'agitation; il ne sait dans quelle position se placer; parfois inspirations grandes et prolongées.

De vingt en vingt minutes à-peu-près, augmentation marquée des bouffées de chaleur faciales, de l'agitation, de la gêne respiratoire. De suite, augmentation marquée de la puissance musculaire; il se débat violemment, se roule, frappe çà et là, etc.; ce sont absolument les accès de chez le précédent; ils n'en diffèront que par de légers tremblemens généraux qui les précèdent, tremblemens sans roideurs, sans convulsions. Ces accès finissent de la même façon, durent le même temps que chez lui à-peu-

près. (Saignée de xviij ℥ ; sinapismes). On est obligé de l'attacher.

Vers huit heures et demie, l'affaiblissement, un coma profond remplacèrent les mouvemens désordonnés. Résolution générale des membres, respiration stertoreuse. Mort à quatre heures du matin.

Autopsie, 12 *heures après la mort*. — Habitude extérieure non contracturée: facies bouffi, un peu bleuâtre.

Examiné soigneusement, l'encéphale offre une plénitude prononcée des sinus et des vaisseaux de la pie-mère, qui forment un lacis foncé, presqu'uniforme sur cette dernière, sans adhérences anormales, sans épaississemens ni traces inflammatoires. Arachnoïde saine. A-peu-près deux onces de sérosité dans sa cavité. La masse cérébrale présente un aspect rosé ; point de ramollissement ou d'augmentation de densité dans toute son étendue. Ventricules sains ; le volume du cerveau est normal. En incisant cet organe par tranches, la pulpe médullaire a une teinte rosée uniforme. Il suinte, par des milliers d'ouvertures, des gouttelettes de sang de la grosseur d'une tête d'épingle, et quelquefois plus. Quelques-unes même, confluentes, forment des gouttelettes d'une ligne de largeur. La substance du cervelet parait un peu ramollie dans toute sa masse ; elle est plus congestionnée encore que le cerveau.

La protubérance et la moelle spinale, vues soigneusement, sont saines.

Thorax. Les poumons ont une couleur foncée dans leur tiers postérieur. Dans quelques points, la friabilité est assez prononcée. Coupés par tranches, ils sont crépitans dans la plus grande étendue ; la couleur des tranches, en arrière surtout, est foncée. Ils surnagent avec peine dans quelques portions, en arrière. Je ne pus trouver de foyer apoplectique.

Cœur sain, volumineux, à proportions respectives normales. Sang noir, coagulé, dans les cavités droites.

Congestion passive prononcée du foie.

Forte injection passive de l'intestin dont la muqueuse est saine. Tous les autres organes me parurent sains.

Remarquons : 1.° L'état pléthorique antécédent ; 2.° la ressemblance des accès avec ceux du précédent ; 3.° le coma qui a précédé la mort ; 4.° le léger ramollissement du cervelet, et la congestion de cet organe plus prononcée encore que celle du cerveau. Dans l'opinion de ceux qui regardent cet organe comme le régulateur des mouvemens, sa congestion ne pourrait-elle pas expliquer les *ébats* ? 5.° Cette observation ne contredit-elle pas l'opinion de M. Rochoux qui prétend (*Nouv. Dict. de méd.*), que jamais la congestion seule ne peut amener la mort, car je ne crois pas que la congestion pulmonaire fût assez marquée pour qu'on doive lui attribuer la mort ? D'ailleurs dans l'observation suivante, qui se termina de la même manière, à peine y eut-il un peu de congestion pulmonaire.

Obs. XV.° — Le 26 juillet 1833, on apporta à l'Hôtel-Dieu, vers une heure de l'après-midi, un soldat du 35.° de ligne, musclé fortement, de stature trapue. Ses amis nous dirent que depuis sept ans qu'il était au service, il avait toujours joui d'une bonne santé ; que seulement parfois il accusait de la pesanteur cérébrale, de la céphalalgie, et qu'il s'était fait saigner trois fois dans cet espace de temps. Ils ne se sont pas aperçus que, ces jours, il fut plus rouge, qu'il se plaignit ; seulement il avait parlé, le matin, d'une cuisson dans les yeux, de quelque envie de dormir.

Vers midi, il était occupé à la caserne ; tout-à-coup il se plaint d'une douleur violente à la tête, d'étourdissemens. Cinq minutes plus tard, il était sans connaissance, sans mouvement. Point de saignement par le nez ou la bouche.

Pendant qu'on l'apportait à l'Hôtel-Dieu, à peine 23 minutes après l'accident, l'immobilité fut remplacée par ces *ébats* violens que nous avons notés chez les autres malades,

sans qu'il eut témoigné encore par aucune parole qu'il eût recouvré la connaissance et le sentiment.

A son arrivée nous pûmes constater ces symptômes : ils ressemblaient tout-à-fait à ceux des deux premiers malades; seulement, dans l'intervalle des ébats, la perte de connaissance existait toujours. La prostration était alors complète; on lui parlait, on le pinçait envain. Respiration un peu soufflante, à 30 inspirations par minute. Pouls plein, grand, à 60 pulsations. Battemens du cœur forts; face très-vultueuse; parfois inspirations suspirieuses. Les *ébats* venaient de 20 en 20 minutes à-peu-près. (Saignée de xx ℥ ; 20 sangsues au thorax).

Il mourut à sept heures du soir, après deux heures de carus profond, à respiration stertoreuse. Il ne parut pas avoir un moment de connaissance depuis le début. Là, comme dans les observations précédentes, je ne remarquai aucune trace d'hémiplégie, de paralysie partielle, etc.

Autopsie 20 heures après la mort. — Face vultueuse. Léger écoulement d'un mucus écumeux, glaireux, par les narines et la bouche.

Encéphale. Plénitude des sinus aussi marquée que chez le précédent. L'injection et la vascularité de la pie-mère forment aussi un tout presqu'uniformément rouge, parcouru par de grosses veines noires. Une once de sérosité à-peu-près dans les ventricules; deux onces environ dans l'arachnoïde. Consistance cérébrale normale; pulpe médullaire fortement rosée. La substance grise est plus foncée, un peu ramollie dans toute son étendue, cependant non réduite en bouillie et sans adhérences anormales avec les méninges. Toute la masse cérébrale est fortement injectée ; des myriades de points rouges suintent des incisions ; volume normal, ventricules sains. Protubérance et moelle spinales saines.

Thorax. Poumons de couleur habituelle, bleuâtres seulement en arrière, un peu congestés dans le tiers posté-

rieur, crépitans partout, sans ramollissement, sans foyer sanguin.

Cœur normal; une once de sérosité dans le péricarde.

Je ne pus trouver d'autres lésions.

Remarquons : 1.° le peu de symptômes pléthoriques antécédens; 2.° les *ébats violens* venus plus tôt que chez les précédens, et dans les intervalles desquels la perte de connaissance persiste; 3.° le peu de symptômes pulmonaires; 4.° la mort plus prompte; 5.° la similitude des lésions avec celles du précédent, dont elles diffèrent seulement par le léger ramollissement de la substance grise et l'absence du léger ramollissement du cervelet observé chez l'autre; 6.° l'absence de semblables accès antécédens.

Obs. XVI.ᵉ — Le 14 janvier 1835, on vint me chercher pour aller voir en ville un jeune homme qui, me dit-on, venait de tomber tout-à-coup sans connaissance, sans mouvement. J'arrivai auprès de lui 15 minutes environ après l'accident. Il est d'une taille de cinq pieds et demi, musclé vigoureusement. La mère me dit qu'assez souvent il se plaignait de douleurs de tête; qu'il était habituellement rouge; il avait été saigné, il y a deux mois, pour de la pléthore. Aujourd'hui il ne s'était pas plaint plus que de coutume. Deux heures après son diner, il fut boire avec ses amis; à peine avait-il bu un demi-verre de vin, que tout à coup il accuse une forte chaleur à la tête, et tombe presqu'immédiatement sans connaissance et sans mouvement.

A mon arrivée, la connaissance est revenue depuis cinq minutes environ. Face très-vultueuse; yeux fermés, s'ouvrant parfois lentement, rouges, étonnés; voix non étouffée, mais réponses brèves; céphalalgie violente, étourdissemens presque continuels. Respiration grande, parfois suspirieuse, à peine accélérée. Point de sentiment d'étouffement, fourmillemens généraux. Pouls serré, à 58 pulsations. A cet état succède, par intervalles, de la céphalalgie très-forte, des bouffées faciales, puis des *ébats* pres-

qu'aussi violens que chez les sujets des observations précé dentes, à aspect tout semblable, mais durant moins long temps, suivis d'une lassitude très-grande. Il dit alors qu'il a conscience de ces accès, qu'il *s'aperçoit confusément* qu'il se roule et frappe çà et là. Cependant, dit-il, je ne souffre point, *mais je sens dans ma tête une agitation qui me fait bouillonner le sang dans les veines, qui me fait frapper, me rouler malgré moi, sans pouvoir me l'expliquer.*

Pendant les accès la respiration est accélérée, un peu soufflante. Jamais il n'a eu de semblables accidens. (Saignée de xx ℥). On le met au lit où on est obligé de le tenir. Il était alors deux heures après-midi.

Je le revis à huit heures du soir. On me dit que les ébats étaient cessés depuis deux heures. Il continuait à accuser de la céphalalgie, de l'assoupissement, une grande lassitude. Il dormit tranquillement. La face était rouge.

Je le revis le lendemain à neuf heures du matin; tout était disparu.

L'exposé des neuf formes de congestion cérébrale que nous venons de donner, ne comprend que le caractère des symptômes. Une tâche plus difficile et plus longue, ce serait de rechercher et le mode de production de ces symptômes, et la raison de leur enchaînement et de leurs complications entr'eux, etc., etc. : éloigné de vouloir entreprendre cette tâche épineuse, je me contenterai de revenir sur quelques-uns des symptômes en particulier.

1.° *Céphalalgie.* — La céphalalgie précède quelquefois les autres symptômes de congestion, ou n'apparaît qu'avec eux ou même ne vient qu'après leur disparition. En juin 1834, j'ai vu un malade qui depuis quatre jours ne se plaignait que d'assoupissement et d'étourdissemens. Ces symptômes disparurent en 36 heures, après une forte saignée, mais il parut alors une céphalalgie frontale qui persista seule pendant dix jours. Le malade me dit qu'assez fréquemment il ressentait la même succession de symptômes.

J'appuierai un peu sur la particularité qu'elle offre d'être parfois modifiée par la pression extérieure.

Obs. XVII.e — Bigeot (Julien), âgé de 25 ans, entra à l'Hôtel-Dieu en février 1835. Depuis quatre jours il offrait la plupart des signes d'une congestion cérébrale. La céphalalgie surtout était très-forte, frontale, causant une insomnie continuelle. Une pression médiocrement forte sur le front la faisait cesser. Il avait soin de se serrer fortement le front avec son mouchoir; alors, dit-il, il ne souffrait presque pas. S'il le déliait, les douleurs étaient très-vives. Une forte saignée et des sangsues au siège furent employées : il sortit guéri au bout de huit jours.

D'autres malades au contraire ne peuvent supporter la moindre pression.

Obs. XVIII.e — Un domestique, âgé de 40 ans, porte depuis près d'un an les signes assignés par les auteurs au ramollissement cérébral (phénomènes nerveux singuliers, fugaces, céphalalgie continue, contractures passagères, etc.). Fréquemment le malade offre des congestions cérébrales, comme les auteurs en ont noté dans ce cas, des paroxysmes marqués. La céphalalgie qui existe toujours n'est pas changée par ces paroxysmes, mais elle offre alors la particularité d'être sensiblement augmentée par la pression extérieure. En pressant avec la main un peu fortement dans les diverses régions du crâne, non-seulement les tégumens sont douloureux, mais encore le malade dit positivement que la douleur habituelle de l'intérieur de la tête en est sensiblement augmentée. Quand le paroxysme est passé, la pression n'a plus aucun effet sur ce symptôme; les tégumens sont pressés impunément.

2.° *Chaleurs faciales.* — J'ai vu deux cas où ces chaleurs, venues par bouffées, furent suivies de symptômes assez rares.

Obs. XIX.e — Un jeune homme âgé de 22 ans, bien portant, faisait un effort pour monter un fardeau. Tout-à-

coup, dit-il, le sang lui monta fortement à la tête ; il ressentit de légers étourdissemens, des éblouissemens. Il fut obligé de cesser son travail; mais ce qui le gêna le plus, ce fut la chaleur brûlante et subite de tout le visage. Il se regarda dans un miroir; la face était très-rouge, *érythémateuse*, et lui cuisait fortement. A peine dix minutes après, je le vis : mêmes picotemens, même cuisson *érythémateuse*, à pression douloureuse; yeux rouges et très-cuisans. Il fut obligé d'avoir recours aux lotions émollientes. Vingt-quatre heures après, tous les symptômes existaient encore d'une manière assez marquée.

Je citerai plus loin un cas où tout-à-coup, avec les symptômes subits d'une congestion cérébrale qui venait d'apparaître, un malade se plaignit d'une violente chaleur au visage, et toutes les glandes salivaires d'un côté furent envahies instantanément par un gonflement très-apparent.

3.e *Caractères du pouls.* — Les auteurs, en donnant le pouls plein, grand, lent, comme caractéristique de la congestion cérébrale, ont été loin de prétendre qu'il était le seul qu'on remarquât alors. La force, la fréquence, l'égalité, le rythme même, varieront suivant un grand nombre de circonstances plus ou moins appréciables.

Obs. XX.e — Un jeune homme âgé de 24 ans, d'une constitution robuste, de bonne santé, sans aucun symptôme d'affection du cœur, a ordinairement le pouls un peu grand, régulier, égal, à 75 pulsations. Assez fréquemment il est pris de congestion cérébrale, sans perte de connaissance, de symptômes de polyæmie, qui durent de quatre à quinze jours. Alors le pouls est inégal, irrégulier, à deux pulsations presque distinctes (dicrote), parfois intermittent, plus mou que dans l'état ordinaire, offrant 80 à 88 pulsations. Avec la cessation de la congestion, le pouls revient à son état ordinaire.

Un autre malade, âgé de 34 ans, entra à l'Hôtel-Dieu en février 1835, pour de la pesanteur de tête, des étour-

dissemens, etc. Le pouls était grand, plein, régulier, égal, ondulant, mais à 35 pulsations seulement. Une forte saignée fit disparaître la pléthore cérébrale en deux jours. Le pouls était alors souple, régulier, mais à 72 pulsations. Le malade se trouvait dans l'état normal. Trois jours après, mêmes symptômes cérébraux, même pouls à 38 pulsations; même disparition par une nouvelle saignée.

Marche. — La congestion cérébrale peut frapper instantanément, comme une attaque d'apoplexie dont elle offre tous les symptômes, amener la mort en quelques heures, en quelques minutes, comme nous l'avons vu (obs. 5.e). Depuis cette instantanéité jusqu'aux symptômes que nous avons notés chez Guiard (obs. 7.e), quels intermédiaires à parcourir ?

D'autres fois les symptômes sont continus pendant quelques minutes, pendant des mois, des années; ils peuvent aussi être rémittens.

M. Guépin eut dans son service, en février 1835, un homme qui entra pour des symptômes de pléthore cérébrale. Pendant tout le temps qu'il y resta il ressentit de la pesanteur de tête, de la céphalalgie, de la lenteur des mouvemens; mais pendant huit jours, il offrit en outre, vers deux heures après-midi, des étourdissemens, des vomissemens, de forts tintemens d'oreille, qui duraient sans complication pendant deux à quatre heures.

L'observation suivante est un exemple remarquable de congestion cérébrale intermittente tierce. Elle offre en outre une particularité assez rare :

Obs. XXI.e—Lucas (Julien), âgé de 45 ans, journalier, est fréquemment sujet aux symptômes de polyæmie cérébrale. Il entra à l'Hôtel-Dieu en février 1835, se plaignant depuis deux jours, de lenteur, de cuisson des yeux, d'assoupissement. Le pouls est plein, ondulant. Point de fièvre, point de symptômes gastro-intestinaux. Cet état est continu.

(En dix jours : deux saignées et vingt-cinq sangsues au siège). Depuis trois jours les symptômes paraissent entièrement dissipés ; le malade se préparait à sortir, quand le 1er mars 1835, vers quatre heures du soir, il survint tout-à-coup de fortes bouffées de chaleur au visage ; éblouissemens, étourdissemens, céphalalgie violente. Ces symptômes persistèrent presque sans relâche jusque vers dix heures du soir. Le lendemain matin, ils avaient complètement disparu.

Le 3 à quatre heures et demie du soir : même accès, prenant de la même façon ; les symptômes sont plus prononcés, mais toujours sans perte de connaissance. A leur apparition, le malade ressentit instantanément un fort engourdissement dans le corps de la mâchoire inférieure, à gauche. J'eus à peine le temps de me tourner dans mon lit, me dit-il, que j'y sentis, en y portant la main, un gonflement très-prononcé, douloureux à la pression. Je vis le malade à six heures. Toute la joue gauche offrait un gonflement semblable à une forte fluxion dentaire, rouge, très-sensible à la pression, chaud. La parotide et la maxillaire surtout se dessinaient d'une manière sensible. Point de fièvre, point de frissons.

Disparition des signes de congestion céphalique vers minuit. Le lendemain, c'était un engourdissement avec une douleur obtuse dans le côté gauche de la face, une grande gêne des mouvemens du cou ; même gonflement. (20 sangsues sur le gonflement ; cataplasme, séton à l'apophyse mastoïde de ce côté).

Le 5, même accès, à la même heure. Persistance de la fluxion salivaire qui est toujours dans le même état à-peu-près. Cet accès présente les mêmes symptômes que le précédent.

Le 7, à la même heure, le malade sentit bien un peu de mal de tête, quelques légers éblouissemens, mais cet état ne dura que deux heures.

Dans les intervalles des accès, le malade n'offrait qu'une légère pesanteur de tête; le pouls était pléthorique. Il garda la fluxion jusqu'au 12; elle disparut progressivement. Le séton fut entretenu jusqu'au 28. Le malade partit, n'accusant plus rien.

Remarquons, 1.° la régularité de retour et l'identité des accès; 2.° la disparition sans quinquina; 3.° surtout la singulière fluxion salivaire dont la production fut instantanée; 4.° le séton à la mastoïde a-t-il contribué à la guérison? Je le crois. En effet, j'ai vu chez deux malades un semblable séton amener une disparition assez prompte de symptômes de congestion cérébrale qui duraient depuis trois semaines et sans amélioration, par les émissions sanguines, etc. Lucas lui-même s'apercevait très-bien, par l'augmentation de la pesanteur de tête, quand le séton coulait peu.

Les exemples de *congestions successives* sur divers organes ne sont pas très-rares. On dirait parfois qu'une fluxion sur un point semble en favoriser la production sur un autre; qu'il existe une constitution propre aux congestions pour ainsi dire; état qui peut même coïncider souvent avec une anémie marquée.

Dans l'observation suivante nous verrons, chez un sujet faible, une congestion cérébrale se répéter sur le tube gastro-intestinal.

Obs. XXII.ᵉ — Marin (Jean), âgé de 66 ans, carrier, d'une constitution faible, face un peu pâle, était sorti de l'Hôtel-Dieu depuis dix jours. Il y était venu pour une bronchite aiguë qui se guérit rapidement.

Le 24 février 1835, une heure environ après un repas très-médiocre, il se promenait dans sa maison (pour reprendre, disait-il, les forces qui lui manquaient dans les jambes depuis sa sortie de l'hôpital), quand tout-à-coup il sent une forte chaleur qui lui monte à la tête, des étourdissemens, un fort sifflement dans les oreilles;

sa vue se brouille ; des engourdissemens s'emparent des membres inférieurs qui ploient sous lui. Il tombe, mais sans perdre la voix, la connaissance, ni le mouvement. Il put appeler sa femme qui était tout près; elle accourt, le relève, le place, et le soutient dans une chaise. Il pouvait parler, de forts engourdissemens occupaient les jambes : peu-à-peu les symptômes disparaissent. A peine dix minutes s'étaient écoulées, le malade se disait guéri, quand tout-à-coup il ressent une gêne dans le ventre, avec besoin pressant d'aller à la selle : sentiment de plénitude et de chaleur abdominales, nausées, gargouillemens, et presqu'immédiatement il rend par les vomissemens et les selles deux livres environ d'un sang un peu rutilant, mêlé aux alimens ingérés. Il y en avait à-peu-près plein un pot de nuit ordinaire. Ce vomissement et ces selles cessèrent en moins de trois minutes. Marin se sentit soulagé; la tête et le ventre étaient dégagés.

Mis au lit il y resta sans rien faire. A son arrivée à l'Hôtel-Dieu le lendemain, la face était pâle, le pouls mou et petit ; grande faiblesse, apyrexie, encore léger suintement sanguin par l'anus. Aucun symptôme cérébral. Point de douleurs abdominales. Langue normale. (T. riz opiacée ; lavement amidonné ; diète).

Peu-à-peu, les jours suivans, une fièvre continue se déclara; la face fut toujours d'une pâleur frappante, la langue se sécha, du dévoiement avec borborygmes survint, le ventre se tendit et fut momentanément un peu douloureux à la pression. Déjà l'ascite était manifeste.

Le malade, dont les organes et les fonctions de l'abdomen étaient dans l'état normal avant la congestion cérébrale, offrit tous ces changemens en dix jours.

Il resta toujours sans souffrances; il n'accusait plus de douleur à la pression abdominale; l'ascite gagnait assez rapidement, les jambes s'œdématièrent, la langue fut toujours sèche, rouge, pointue; la fièvre continue, lé-

gère ; la maigreur se prononça, etc. Il mourut à la fin d'avril 1835. Les symptômes de congestion n'avaient pas reparu.

Les diurétiques, toniques, stimulans, etc., avaient été tout-à-fait inutiles.

L'autopsie fit reconnaître l'état sain du cerveau, de la muqueuse gastro-intestinale, une ascite avec atrophie du foie, etc.

Remarquons : 1.° la succession des phénomènes cérébraux et abdominaux contrastant avec l'état d'anémie du sujet, et apparaissant spontanément ; 2.° le développement de l'ascite. J'ai vu un autre cas où l'ascite *apparut* peu de temps après une congestion cérébrale avec perte de connaissance. La personne était bien portante ; la congestion cérébrale sembla être le *début* de la maladie. Je citerai encore ce cas.

OBS. XXIII.e — Un homme de 50 ans, adonné au vin, fut pris spontanément dans la rue, au milieu d'une santé parfaite, de perte de connaissance, de mouvement et de sentiment, qui dura une heure environ. Tous ces symptômes disparurent complètement. A partir du jour même, un léger malaise continua, l'appétit se perdit, les selles et la langue étaient normales, cependant. Le malade se trouvait tout étonné d'un sentiment de plénitude qu'il n'avait pas habituellement. Dix jours après la fluctuation abdominale était manifeste. Progressivement, avec l'augmentation de l'ascite, la langue se sécha et se rougit, de la fièvre survint, des selles sanguinolentes assez copieuses eurent lieu quelques jours avant la mort. Il mourut deux mois environ après l'invasion. Des lésions abdominales assez évidentes (un engorgement du foie, une entérite chronique, etc.), expliquèrent l'ascite.

Contentons-nous de faire voir la coïncidence entre la congestion cérébrale et le développement de l'ascite, sans vouloir l'expliquer. Citons encore d'autres cas où diverses

affections suivirent de près l'apparition de congestions cérébrales, sans qu'il soit plus possible de trouver un rapport entre elles et la congestion.

Obs. XXIVe — Coupart (Etienne), âgé de 50 ans, trapu et petit, était à travailer en parfaite santé, le 21 juin 1834, quand tout-à-coup il fut pris d'une grande pesanteur de tête avec éblouissemens, puis presqu'immédiatement le malade tomba par terre sans connaissance. Cet état dura trois-quarts d'heure; tous les symptômes étaient complètement disparus quelques heures après; mais il s'alluma en même temps une fièvre vive, et à peine deux heures après, le malade toussait, avait un point pleurétique sous le sein droit, de l'oppression. Le lendemain matin, douze heures plus tard, tous les signes d'une pleuro-pneumonie tranchée existaient à droite: pression douloureuse, fièvre forte, crachats sanguinolens. etc. Des émissions sanguines abondantes amenèrent la guérison en douze jours. Les symptomes cérébraux n'étaient point reparus.

Obs. XXV.[e] — Un jeune homme de 21 ans, guéri depuis un mois d'une sciatique très-aiguë, conservait dans les talons une douleur fixe. Bain de vapeur simple, à 47.°R. Il y resta 22 minutes. Des étourdissemens, des éblouissemens, l'en firent sortir. Persistance d'une forte céphalalgie, de fièvre. Le lendemain, symptômes angioténiques prononcés, établissement d'une dothinentérite qui dura vingt-six jours. Guérison.

Un ouvrier, âgé de 23 ans, accusait une sciatique double assez aiguë depuis trois jours. Dans les quatre jours suivans, deux bains chauds sans amélioration. Le huitième jour, même bain chaud: 36 minutes de durée. Il en sort pour les mêmes symptômes de congestion cérébrale que le précédent.

Dans la journée, céphalalgie violente, vomissemens, fièvre très-vive, sensibilité épigastrique. Les vingt jours

suivans, marche franche et tranchée d'une gastrite aiguë terminée par la guérison.

Remarques. — Quoiqu'on ne puisse trouver de rapport explicable d'une manière plausible entre la congestion et les affections qui suivirent, dans les observations que nous venons de donner, on ne peut cependant se refuser d'accorder à la première une certaine influence sur la production des secondes. Des observations plus nombreuses sur ce point conduiraient peut-être à quelque résultat nouveau. Je n'ai pas eu l'occasion de poursuivre les recherches à ce sujet.

Terminons par une courte réflexion.

Nous avons eu à tâche de rapporter des faits; nous avons évité avec soin les explications, aimant mieux laisser aux lecteurs la liberté de tirer de nos observations les réflexions qui en découlent, et pensant que le meilleur moyen d'être utile dans un point de pathologie sur lequel la science n'est pas toute faite, c'est de rapporter strictement ce qu'on a vu.

Mémoire sur le diagnostic différentiel des ophthalmies catarrhale et scrofuleuse; par L. Landau, *interne de l'hôpital Saint-Louis.*

Les rapports qui existent entre l'organe de la vision et le reste de l'organisme sont tellement nombreux que les diverses affections de ce dernier réagissent de plus d'une manière sur l'œil, et que celui-ci, à son tour, quand il souffre, éveille de nombreuses sympathies dans l'économie animale. Les tissus qui entrent dans la composition de l'œil se retrouvent dans nos autres organes; c'est pourquoi nous y retrouvons toutes les maladies auxquelles ces organes peuvent être sujets; bien plus, il n'est peut-être pas une seule maladie qui lui soit propre, c'est-à-dire dont

nous ne puissions observer l'analogue dans les autres parties de l'économie; toutes au contraire apparaissent sous l'influence des mêmes causes, suivent la même marche, et enfin présentent les mêmes indications thérapeutiques; seulement dans leur ensemble elles sont modifiées par la vitalité propre de l'organe qu'elles affectent, et par la nature de ses fonctions physiologiques. Une ulcération scrofuleuse se distingue d'une ulcération siphylitique par les mêmes caractères, qu'elle ait son siége dans un des tissus de l'œil ou sur toute autre partie du corps; c'est là une vérité mise en lumière surtout par les auteurs allemands, qui se sont plus que nous occupés d'ophthalmologie; vérité précieuse pour le diagnostic des différentes affections de l'œil, et féconde dans ses applications thérapeutiques qu'elle a beaucoup simplifiées en les faisant reposer sur les mêmes bases sur lesquelles est fondée la médication de toutes les autres maladies. C'est ainsi que les différentes affections de l'œil, regardées auparavant comme tout-à-fait propres à cet organe, et exigeant un traitement spécial, sont tombées presqu'entièrement dans le domaine de la pathologie générale.

Les inflammations de l'œil ont été rangées en deux grandes classes : dans la première se trouvent les inflammations simples ou idiopathiques, se traduisant à nous par les symptômes propres à toute inflammation, sauf les modifications que lui fait subir la nature de l'organe affecté, et comme cet organe est composé de tissus de diverse nature, fibreux, muqueux, etc., les symptômes devront nécessairement varier suivant les caractères propres à l'inflammation de celui de ces tissus qui se trouve atteint. Ainsi l'inflammation de la sclérotique se caractérise par les symptômes propres au tissu fibreux enflammé, et a été désignée sous le nom d'ophthalmie rhumatique.

Dans la deuxième classe viennent se ranger les inflammations que l'on pourrait appeler sympathiques ou com-

plexes, parce que, aux phénomènes inflammatoires, elles joignent d'autres symptômes dont la nature est déterminée par la disposition propre au sujet malade. Cette complication sera scrofuleuse, syphilitique ou autre, en sorte qu'il se mêle aux symptômes inflammatoires un caractère étranger dépendant de la constitution générale qui imprime à la maladie son cachet particulier.

Ces inflammations de la deuxième classe apparaissent de deux manières différentes; tantôt elles atteignent l'œil primitivement, et se manifestent dès le principe avec leur double caractère : c'est ainsi que la muqueuse oculaire devient subitement le siège d'un catarrhe, ce qui donne l'ophthalmie catarrhale, ou bien que le virus syphilitique, en contact accidentel avec l'œil, y développe une ophthalmie syphilitique. Mais d'autres fois, et c'est là le cas le plus fréquent, la maladie débute par une inflammation franche accidentelle; et comme le sujet chez lequel elle s'est développée se trouve sous l'influence d'une diathèse scrofuleuse; par exemple, l'inflammation, simple d'abord, revêtira peu-à-peu le caractère de la diathèse existante, et il se formera une ophthalmie scrofuleuse. C'est ainsi encore qu'une ophthalmie simple survenant chez un individu atteint de syphilis, pourra, sous l'influence du virus existant dans l'économie, se changer en ophthalmie syphilitique; et l'on ne saurait trop y prendre garde, car dans ce cas la maladie peut en quelques jours changer totalement de caractère, et présenter, dans un espace de temps fort court, deux types différens. J'ai observé récemment dans le service de M. Jobert, un fait de ce genre qui me paraît fort remarquable.

Observation. — Le nommé Jean S.... entra à l'hôpital Saint-Louis dans les salles de chirurgie, le 28 mars 1836. Cet homme, qui habite Paris depuis deux ans, ne se rappelle pas avoir jamais souffert des yeux. Dans sa jeunesse il eut les glandes du cou engorgées, mais depuis il n'est

survenu chez lui aucune trace d'affection scrofuleuse. Cependant sa peau blanche dépourvue de poils, son système veineux très-développé, la flaccidité de ses muscles, dénotent quelque chose de scrofuleux dans sa constitution. S'étant exposé la veille à l'humidité pendant plusieurs heures, il fut atteint d'une ophthalmie du côté droit, ce qui le força d'entrer à l'hôpital.

Le 29 au matin, nous trouvons la conjonctive injectée, et quelques petits vaisseaux développés sur la sclérotique; la cornée est intacte; il existe du larmoiement et une photophobie très-grande; le malade ressent une douleur très-vive dans l'œil. On prescrit un traitement antiphlogistique énergique, et on applique un séton à la tempe, moyen qu'emploie souvent M. Jobert, et qui réussit parfaitement dans les opththalmies intenses. En quelques jours il survint une amélioration telle, que le 3 avril il n'existait plus qu'une injection très-légère de la conjonctive; les douleurs, le larmoiement, la photophobie avaient entièrement disparu. Mais les jours suivans, les petits vaisseaux qui étaient restés apparens dans la conjonctive, se dilatèrent; l'injection prit une teinte bleuâtre et envahit la cornée jusqu'alors intacte; une photophobie intense se déclara; la sécrétion des follicules augmenta, et de la tuméfaction survint au bord des paupières. Le 11 avril, une phlyctène existait sur la cornée, et une opththalmie scrofuleuse, développée sous l'influence de la constitution générale, avait remplacé la conjonctivite simple qui existait d'abord. Ce malade resta encore quelque temps dans les salles de chirurgie, puis on le fit passer dans la salle des scrofuleux de M. Lugol.

C'est évidemment une chose fort remarquable que de voir ainsi, sous l'influence d'une cachexie latente, une maladie nouvelle venir s'enter sur les restes d'une affection qui tend à disparaître, et cela nous prouve combien il est important de bien observer les différens phénomènes qui

peuvent survenir dans le cours des maladies, puisqu'en si peu de temps elles peuvent changer totalement de caractère.

Parmi ces ophthalmies composées, il en est deux que l'on rencontre bien plus fréquemment que les autres; ce sont les ophthalmies catarrhale et scrofuleuse; toutes deux apparaissent chez des individus d'une constitution scrofuleuse, par cela même que chez eux les membranes muqueuses ont une susceptibilité toute spéciale; toutes deux ont leur siège dans les même tissus, c'est-à-dire, dans la membrane conjonctive, les follicules et glandes de Méibomius; aussi ces deux ophthalmies pourraient-elles être facilement confondues, si, malgré beaucoup de points d'analogie, elles n'avaient chacune quelques caractères constans et distinctifs. J'en ai recueilli quatorze observations dans le service de M. le professeur Bérard à l'hôpital Saint-Antoine, et sept depuis que je suis interne à l'hôpital Saint Louis. C'est d'après ces observations que je crois pouvoir en donner une description assez exacte.

§. I.er *Ophthalmie catarrhale.* — C'est un véritable catarrhe oculaire, qui souvent alterne avec un catarrhe nasal et d'autres fois l'accompagne. Il a son siège dans la membrane muqueuse de l'œil, dans les glandes de Méibomius, et surtout dans les cryptes sébacés; rarement il se borne à un seul œil, mais il s'étend rapidement à celui qui d'abord était resté sain.

On l'observe surtout chez les individus qui ont la peau fine et la muqueuse très-irritable; car sans admettre une cachexie catarrhale, on ne saurait nier qu'il n'y ait des individus particulièrement disposés aux diverses espèces de catarrhes. La cause la plus fréquente est un refroidissement produit par un changement atmosphérique; aussi l'observe-t-on particulièrement au printemps et à l'automne, époques auxquelles les variations atmosphériques sont les plus fréquentes. Sur onze observations que je pos-

sède, sept ont été recueillies dans les mois de mars et d'avril.

La maladie débute ordinairement le soir, et dans les premiers jours ce n'est qu'à cette époque de la journée que les malades se plaignent. La rougeur est peu vive; les vaisseaux injectés forment des réseaux qui couvrent toute la conjonctive; au début, la sécrétion des larmes est supprimée, et l'œil se trouve dans un état d'irritation permanent; mais dès que l'inflammation commence à diminuer, cette sécrétion reparaît très-abondante, ainsi que celle des follicules de Méibomius. Le matin, les cils sont collés par de la matière concrétée; l'exacerbation a lieu constamment le soir, et la rémission le matin, époque à laquelle la présence des concrétions cause seule de la douleur.

L'ophthalmie catarrhale a deux sièges bien distincts; tantôt elle occupe le bord des paupières et les glandes de Méibomius, ce qui constitue la blépharite catarrhale ou glanduleuse; d'autres fois elle siège sur la conjonctive, et est dite conjonctivite catarrhale.

Blépharite catarrhale. — Nous connaissons son siège dans les glandes de Méibomius et les cryptes sébacés. Il faut bien la distinguer de ces inflammations des paupières qui accompagnent certaines éruptions, et dont la marche est tout à-fait subordonnée à celle des maladies qui les produisent.

Elle apparaît avec les symptômes suivans : les bords des paupières sont gonflés, rouges et légèrement ulcérés, surtout aux angles de l'œil. Ils sont en outre le siège d'une douleur brûlante, vive, surtout au moment de l'exacerbation. Les sécrétions sont peu abondantes; les parties excoriées fournissent une mucosité qui se concrète. Dès que l'inflammation diminue, les sécrétions augmentent. L'exacerbation a lieu le soir, et il existe alors de la photophobie et des douleurs quelquefois très-vives. Le matin les yeux sont collés, et la présence des concrétions cause de

la douleur qui disparaît quand les yeux sont nettoyés.

Conjonctivite catarrhale. —Elle a son siège unique sur la conjonctive palpébrale et oculaire; le bord des paupières et les glandes ne sont atteints que secondairement. Elle est caractérisée par une rougeur pâle, uniforme, disposée en réseau sur la conjonctive scléroticale. Cette rougeur tantôt existe sur tout le globe oculaire, tantôt d'un côté seulement, et le plus souvent du côté externe. L'injection s'arrête autour de la cornée qu'elle n'envahit jamais; sous la conjonctive apparaît la sclérotique dans son état normal. Dans le principe les sécrétions sont diminuées, le malade se plaint de sécheresse et de douleur cuisante dans l'œil. Il éprouve la sensation d'un corps étranger qui se serait introduit entre les paupières. Tous ces symptômes augmentent le soir, et il existe alors de la protophobie : souvent il existe une douleur gravative dans la région des sinus frontaux, parce que l'inflammation se propage à la muqueuse qui le tapisse.

Dans la conjonctivite catarrhale il se forme souvent des phlyctènes sur la sclérotique au bord de la cornée; elles consistent dans de petites vésicules applaties, peu élevées, remplies d'une humeur jaunâtre transparente, auxquelles aboutissent de petits vaisseaux qui semblent s'y terminer. Ces vésicules s'ouvrent rapidement, et laissent après elles des ulcérations superficielles, à bords applatis et à fond un peu élevé; elles sont peu dangereuses; elles ne sont accompagnées d'aucune douleur; le plus souvent elles existent sans que le malade s'en aperçoive, et elles guérissent sans laisser de cicatrices.

Dans quelques cas ces deux variétés de l'ophthalmie catarrhale se trouvent réunies, et on observe alors une ophthalmie mixte participant aux caractères que nous avons assignés à chaque variété en particulier.

Cette ophthalmie n'est point dangereuse : des onze cas que j'ai recueillis, aucun n'a été suivi de conséquences fâ-

cheuses. Dans les cas les plus simples la résolution se fait d'elle-même. Quelquefois, quand la maladie survient chez un individu scrofuleux, elle est très-rebelle, surtout la blépharite glanduleuse.

D'après les principes que nous avons posés, le traitement est fort simple; il faut agir comme pour toute espèce de catarrhe; le plus souvent de simples moyens hygiéniques suffisent. En tous cas il faut avoir soin de bannir entièrement les applications locales froides, trop indistinctement employées dans les diverses espèces d'ophthalmies, et qui conviennent si peu dans une affection catarrhale; toutes les applications locales doivent être tièdes. Un moyen que j'ai vu souvent réussir dans le service de M. le professeur Bérard, et qui dans un cas fort remarquable a suffi seul pour faire disparaître une ophthalmie catarrhale intense, consiste dans des frictions sur la région orbitaire et les paupières, avec une pommade composée de parties égales d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone. Quand la période d'acuité est passée, on combat utilement l'atonie des vaisseaux par quelques astringens, parmi lesquels le sulfate de zinc en collyre et le précipité rouge en frictions tiennent le premier rang. Ces moyens ont aussi l'avantage de modérer les sécrétions quand celles-ci sont trop abondantes.

§. II. *Ophthalmie scrofuleuse.* — De toutes les ophthalmies, c'est, je crois, celle que l'on rencontre le plus fréquemment; elle est surtout commune chez les enfans. Elle l'est moins chez les adultes, parce qu'il est d'observation que toutes les affections scrofuleuses sont souvent avantageusement modifiées à l'époque de la puberté, par les seuls efforts de la nature.

Cette ophthalmie siège dans les mêmes tissus que l'ophthalmie catarrhale, c'est-à-dire, dans les follicules et la membrane muqueuse de l'œil; mais ici la conjonctive toute entière est atteinte, ainsi que la cornée, qui reste

toujours libre dans l'ophthalmie catarrhale. Les malades chez lesquels on l'observe présentent tous, à un degré plus ou moins marqué, l'ensemble des caractères qui sont le propre d'une constitution scrofuleuse, et que je crois inutile de rappeler ici. Cette maladie peut présenter une marche aiguë, mais la forme chronique est bien plus fréquente. Quelle que soit du reste sa forme, cette ophthalmie présente deux caractères constans ; et que l'on peut regarder comme pathognomoniques : je les ai toujours rencontrés, et ils se trouvent notés dans les dix cas dont j'ai recueilli l'histoire. Ce sont : 1.° la photophobie, qui existe toujours sans être en rapport avec les autres symptômes : ceux-ci sont quelquefois peu intenses, quoique cependant l'œil malade ne puisse supporter le plus faible rayon de lumière ; ce caractère est sur-tout très-remarquable chez les enfans chez lesquels l'examen de l'œil est très-pénible dans ce cas, à cause de la contraction spasmodique des paupières ; 2.° le temps de l'exacerbation et de la rémission : celle-ci a lieu vers le soir quand le jour commence à baisser ; l'exacerbation a lieu constamment le matin et dans la journée. La lumière artificielle est le plus souvent insupportable.

Dans les cas aigus, la maladie siège spécialement sur la conjonctive. Il existe des douleurs vives périodiquement interrompues par l'écoulement de larmes irritantes qui excorient les joues. Les vaisseaux injectés sont réunis sous forme de faisceaux qui convergent vers la cornée qu'ils envahissent dès le commencement de la maladie. La sclérotique est libre de toute injection ; les secrétions augmentent et sont très-âcres. Elles se concrètent et se collent fortement à la base des cils. La photophobie est très grande, les paupières sont jointes convulsivement, et leurs bords offrent une légère rougeur ; quelquefois ils sont tuméfiés. Bientôt ils se forme des phlyctènes qui siègent sur la cornée à l'extrémité des petits vaisseaux qui ont envahi cette membrane ;

là il se forme un petit point opaque qui se soulève sous forme de vésicule; celle ci crève et laisse à sa place une ulcération peu large mais profonde, en forme d'entonnoir, c'est à dire à fond plus étroit. Les larmes irritent la muqueuse nasale qu'elles excorient même quelquefois. Les cils peuvent tomber ou acquérir une direction vicieuse quand les paupières participent à l'inflammation; et alors les yeux sont soumis à une irritation permanente, privés de leur protection naturelle. Quelque rapide que soit la marche, il est rare que cette ophthalmie cède avant deux mois.

La forme chronique est beaucoup plus fréquente; elle siège spécialement sur le bord des paupières, et a été désignée sous le nom de blépharite scrofuleuse. Les bords des paupières sont rouges et tuméfiés à des degrés variables. A l'extérieur la tuméfaction est uniforme, mais quand on promène le doigt à la partie postérieure du bord libre, on sent de petites nodosités qui ne sont autre chose que des glandes enflammées; quand on renverse les paupières elles deviennent même apparentes à l'œil. Les cils sont ordinairement divisés, rassemblés par groupes, et collés ensemble; à leur base adhèrent des concrétions sous lesquelles on trouve de petites ulcérations qui pénètrent dans le bord palpébral, dans l'intervalle des cils dont elles dénudent les racines et provoquent la chute. Quand quelques unes de ces ulcérations guérissent elles laissent à leur place de petites cicatrices sous formes de taches rougeâtres qui disparaissent difficilement.

La sensibilité de l'œil est extrême, et il est douloureusement impressionné par les divers changemens qui peuvent survenir dans l'atmosphère. La durée de cette maladie est fort longue, et il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui en sont atteintes depuis des années entières.

Dans le pronostic il faut avoir égard à la constitution générale du malade, à son âge; car on a observé que la maladie est beaucoup plus rebelle chez les adultes que chez

les enfans ; et enfin au siège de l'inflammation ; ainsi la conjonctivite scrofuleuse compromet beaucoup la vue des malades parce qu'elle est souvent accompagnée d'exudations entre les lames de la cornée et d'ulcérations. La matière épanchée entre les lames de la cornée peut être resorbée avec le temps, en sorte qu'il n'en résulte rien de fâcheux pour le malade ; mais les ulcérations scrofuleuses sont très-dangereuses, parce qu'elles peuvent rapidement désorganiser la cornée, ou bien même quand elles guérissent, elles laissent des cicatrices blanchâtres qui gênent beaucoup la vue.

Maintenant il nous sera facile, d'après l'histoire que nous venons de faire des ophthalmies catarrhales et scrofuleuses, d'établir leur diagnostic différentiel. Dans l'ophthalmie catarrhale, les cryptes sébacés sont principalement affectés, c'est au contraire dans les glandes de Méibomius que siége spécialement l'ophthalmie scrofuleuse ; dans la première, la rougeur est uniforme, disposée en réseau, avec une teinte jaunâtre ; dans la seconde, la rougeur est foncée, les vaisseaux sont variqueux, rapprochés par un petit groupe, et se prolongent jusques au centre de la cornée. La secrétion est fluide, jaune, peu irritante dans l'affection catarrhale ; elle est, au contraire, très-coagulable, blanche, âcre, dans l'affection scrofuleuse. Dans celle-ci les ulcérations siègent sur la cornée, sont très profondes et laissent des cicatrices ; dans celle-là elles siègent autour de la cornée, sont superficielles et guérissent sans laisser de traces de leur existence. Dans l'une la photophobie est toujours très intense, quelle que soit la gravité des autres symptômes ; dans l'autre elle est au contraire toujours en rapport avec l'intensité de l'inflammation. Enfin, un dernier caractère différentiel se tire du temps de l'exacerbation, qui a lieu le soir dans l'ophthalmie catarrhale, et le matin dans l'ophthalmie scrofuleuse.

Le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse consiste pres-

qu'en entier dans les moyens généraux employés dans toutes les affections scrofuleuses, dans le but de modifier la constitution générale du malade. Un symptôme important à combattre, c'est la photophobie. Je crois que c'est à tort que l'on soustrait à la lumière les malades chez lesquels on l'observe : cela m'a toujours paru augmenter la susceptibilité des yeux. Je crois qu'il serait plus avantageux de laisser le malade à l'air et d'exposer ses yeux à une lumière modérée. Les moyens qui m'ont paru le mieux réussir pour combattre les ulcérations de la cornée, ce sont l'introduction entre les paupières d'une à deux gouttes de laudanum par jour, les collyres rendus astringents par l'addition du nitrate d'argent à la dose d'un grain par once de liquide.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations sur une affection spasmodique du larynx exigeant la trachéotomie.—Mémoire lu à la Société chirurgicale d'Irlande, le 16 *avril* 1836, *par* W. H. PORTER (1).

J'ai eu plus d'une fois l'occasion de remarquer que les fonctions du larynx peuvent être troublées au point de mettre la vie en danger, et de rendre l'opération de la trachéotomie absolument indispensable, dans des cas où il est impossible d'indiquer, d'une manière plausible, la cause de l'obstacle au passage de l'air. Quelques-uns de ces cas sont évidemment des exemples de simple lésion fonctionnelle, d'autant plus que les malades recouvrent complètement l'usage du larynx, sous le rapport de la respiration, comme sous celui de la voix. Dans d'autres cas, au contraire, il existe probablement une affection organique, car les sujets sont obligés, pendant tout le reste de leur vie, d'a-

(1) *Dublin Journal*, N.° 28.

voir recours à des moyens artificiels de respiration. Jusqu'à présent, privé des lumières de l'inspection cadavérique, je ne puis donner aucun renseignement positif sur les causes pathologiques de ce phénomène; toutefois, les cas que j'ai observés m'ont paru singulièrement intéressans, parce qu'ils ont trait à une affection non encore décrite, et parce qu'ils offrent ample matière à la méditation. Je crois que des maladies analogues, sinon identiques, ont été observées chez des animaux inférieurs à l'homme. Je sais que le cerf Wapiti, auquel M. Crampton a fait l'opération de la trachéotomie, n'a offert aucune trace de maladie du larynx après la mort, ou du moins rien qui fût suffisant pour rendre compte de la gravité des symptômes qui rendirent l'opération nécessaire, et qui étaient évidens pour tous les spectateurs. La maladie des chevaux qu'on appelle cornards (*a roarer*), a aussi quelque ressemblance avec l'affection qui nous occupe, si ce n'est que je ne sache pas qu'elle ait jamais été jusqu'à mettre la vie de l'animal en danger.

Le premier cas que j'aie observé a été publié par le docteur Evanson, dans le *Journal de Dublin*, cahier de mars 1834. Il a pour sujet un enfant âgé de treize mois, qui fut opéré par M. Crampton, à l'hôpital Meath, au milieu des symptômes les plus urgens. L'opération fut suivie d'une grande amélioration, et le malade, ayant recouvré la santé, quitta l'hôpital sans qu'on pût reconnaître à quelle cause on devait rapporter l'excessive gêne de la respiration. Je ne rapporte ce fait qu'avec réserve, car la mère de cet enfant dit plus tard au docteur Evanson, qu'elle avait retiré une arête de poisson de la trachée, mais qu'elle avait caché cette circonstance, dans la crainte que cela ne fit pratiquer une seconde opération. J'ai peu de confiance dans le récit de cette femme, et les mêmes doutes sur sa véracité sont partagés par M. John Hamilton, qui observa le petit malade avec la plus grande assiduité, et suivit tous

les symptômes, à partir du moment où celui-ci fut admis à l'hôpital.

Quoi qu'il en soit, ce fait est enveloppé d'une telle obscurité qu'on ne peut rien en conclure, et je le mentionne ici seulement, parce que c'est lui qui fixa le premier mon attention sur la possibilité d'une suffocation imminente, sans cause appréciable, bien que dépendant d'un obstacle au passage de l'air à travers le larynx.

Le second cas de cette espèce s'est présenté dans mon service à l'hôpital Meath.

Obs. I.re — James M'Mahon, âgé de 14 ans, étant à manger du hachis de bœuf, deux mois avant son entrée à l'hôpital, fut pris tout-à-coup de tous les symptômes d'une suffocation imminente, qui persistèrent, avec des alternatives de rémission et d'exacerbation, jusqu'au 29 août 1833. A cette époque, l'opération devint absolument nécessaire. On ne put extraire ni découvrir aucun corps étranger. Le 6 septembre (huit jours après l'opération), on put constater que tous les moyens employés dans l'intention de combattre l'inflammation supposée du larynx, ou de rétablir l'intégrité de ses fonctions, étaient restés sans résultat. Dès que le doigt était appliqué sur l'orifice du tube placé dans la trachée, la respiration cessait. Si le tube était retiré pendant un instant, la respiration convulsive se reproduisait, de sorte qu'il était évident que l'obstacle, quel qu'il pût être, avait son siège au-dessus de la plaie, et probablement dans le voisinage immédiat de l'ouverture de la glotte. Après un examen attentif des parties avec l'œil et avec l'aide d'une sonde, examen qui ne me fit rien découvrir, je me décidai à faire passer une grosse bougie à travers la glotte, tantôt en l'introduisant par la bouche, tantôt en l'introduisant par la trachée. L'instrument passa avec facilité de haut en bas et de bas en haut, sans qu'on pût saisir le plus léger obstacle mécanique. Lorsqu'on fit pénétrer la bougie par la plaie, de bas en haut, les efforts

du malade furent tels, que l'épiglotte, la glotte et l'ouverture elle-même, vinrent s'offrir distinctement à la vue; et alors on ne put rien découvrir d'anormal. Cependant le larynx restait complètement impropre à transmettre l'air de l'extérieur aux poumons.

Il est inutile d'entrer dans de plus grands détails relativement à ce fait qui a déjà été publié dans le *Dublin Journal*, mai 1834. J'ajouterai seulement que le jeune malade a été obligé de porter le tube pendant plus de neuf mois; que toutes les fois qu'il essayait de s'en passer, ou que le tube s'échappait accidentellement de la plaie, il était menacé de suffocation, et était pris de mouvemens spasmodiques effrayans; que trois ou quatre fois, une fois entre autres au milieu de la nuit, il fut redevable de la conservation de sa vie aux hommes de l'art. Cependant, maintenant, ce jeune garçon est parfaitement bien; la plaie du cou est cicatrisée; la respiration est naturelle, et la seule incommodité qu'il ait conservée consiste dans une raucité particulière de la voix.

On ne put jamais découvrir la cause de l'obstacle à la respiration; aucune explication satisfaisante ne put en être donnée. Dans le temps où l'impossibilité de la respiration existait à son plus haut degré d'intensité, la bougie passait avec la plus grande facilité à travers l'ouverture de la glotte, qui, ainsi que les parties adjacentes, offrait toutes les apparences de la santé.

Le fait suivant diffère du premier d'une manière remarquable, car le malade n'a jamais recouvré la faculté de respirer par le larynx; il respire toujours par l'ouverture artificielle, et, jusqu'à ce jour, il a présenté plusieurs circonstances particulières que je crois dignes d'attention.

Obs. II.e — Michaël Lyons, âgé de 50 ans, fut admis à l'hôpital à trois heures du matin, le 6 décembre 1834, dans l'état suivant : respiration bruyante et laborieuse; sifflement rude, de nature particulière, coïncidant avec

chaque mouvement respiratoire ; anxiété extrême ; agitation ; malaise ; visage coloré ; yeux étincelans, comme prêts à sortir de leur orbite ; lèvres tuméfiées, mais pâles ; mouvemens rapides, de haut en bas et de bas en haut, du larynx et de la trachée ; décubitus dorsal impossible et produisant immédiatement un accès de suffocation ; voix presque éteinte : tous les efforts pour articuler ne pouvaient produire qu'un chuchottement presque imperceptible ; de temps en temps exacerbation des symptômes dyspnéiques, qui rendait l'état du malade excessivement pénible.

La veille au soir, le malade s'était couché très-bien portant, et il s'était réveillé vers minuit avec gêne de la respiration ; sensation de sécheresse et de gonflement dans le gosier ; toux fréquente ; il lui semblait qu'un corps étranger était placé dans sa gorge. La gêne de la respiration faisant des progrès, il éprouva une sensation excessivement douloureuse de constriction au larynx, à chaque tentative d'inspiration. Au moment de son entrée à l'hôpital, on lui fit une saignée du bras de trente onces, et on lui fit prendre un quart de grain d'émétique toutes les vingt minutes. Sous l'influence de ces moyens, il éprouva un soulagement tel, qu'au moment de la visite, à neuf heures du matin, il dormait paisiblement. On lui prescrivit du calomel et de l'opium,

Le 7, il avait passé une bonne nuit ; la gêne de la respiration avait presque disparu ; mais à partir de ce moment, les choses changèrent complètement de face, et la gêne de la respiration se reproduisit rapidement. Bien que le mercure eût exercé son influence sur l'économie générale, ainsi qu'on le reconnaissait à l'odeur de l'haleine, il n'en était résulté aucun avantage quant à la maladie. On fit, sans succès, des frictions sur le cou, avec l'émétique. La journée du 10 fut très-mauvaise. Pendant la nuit, un paroxysme terrible faillit emporter le malade, et le lendemain,

on fut obligé de de recourir en toute hâte à la trachéotomie. Jamais il ne m'était arrivé de pratiquer une opération avec aussi peu de succès immédiat, surtout à cause de la difficulté avec laquelle fut rejeté le mucus qui s'était accumulé en grande quantité. Bien que cette circonstance n'ait qu'un rapport éloigné avec le sujet qui nous occupe, je la mentionne ici, parce que, déjà auparavant, j'ai failli perdre deux malades par suite du même accident, que l'on pourrait éviter, peut-être, en différant moins l'opération. Le malade présenta divers symptômes sur lesquels je ne crois pas devoir m'arrêter. Il fut atteint deux fois de bronchite qui céda à un traitement approprié, et il éprouva des inconvéniens très-graves du rétrécissement de la plaie qu'il fallut dilater deux ou trois fois. Au bout de trois semaines, rien n'annonçait une tendance au rétablissement du passage de l'air par la voie normale. Lorsqu'on plaçait le doigt sur le tube, le malade pouvait facilement expulser l'air par l'ouverture de la glotte, et même parler avec un timbre de voix rude et rauque, mais l'inspiration était impossible; les efforts pour la produire étaient accompagnés d'un sifflement très-fort, et il était évident qu'une très-petite quantité d'air seulement pouvait pénétrer dans la poitrine. Les phénomènes présentés par ces efforts de respiration, étaient exactement ceux qui eussent été produits si l'on eût placé sur l'ouverture de la glotte, une valvule qui aurait laissé un libre écoulement à l'air venant des poumons, mais qui aurait exactement fermé l'ouverture sous l'influence de la pression de l'air arrivant du dehors.

Dans toutes les affections du larynx, la difficulté de la respiration existe surtout au moment de l'acte inspiratoire; le malade a pour principal but de remplir ses poumons autant que possible; c'est à accomplir cet acte que toute son énergie est employée; delà, les efforts longs et douloureux qui ont lieu dans ce temps de la respiration, et le sifflement qui les accompagne. Ce phénomène s'observe

même dans les cas où l'ouverture de la glotte a subi une altération de forme ou de volume, par l'effet de l'ulcération ou d'une autre affection organique, et dans lesquels l'obstacle, étant mécanique, devrait agir aussi bien au moment de la sortie de l'air, qu'au moment de son entrée. Je connaissais bien ce fait, mais je n'avais jamais observé une différence aussi marquée, sous ce rapport, que celle qui existait dans le cas précédent. Je recherchai avec le plus grand soin possible, quelle pouvait être la cause de ce phénomène; je fis passer très-facilement une bougie de la plaie dans la bouche, mais je ne pus l'introduire de haut en bas, c'est-à-dire, de la bouche vers la plaie, à cause de l'irritation violente à laquelle ces tentatives donnaient lieu, et des accès de toux effrayans qui survenaient dès que l'instrument pénétrait dans le larynx. Dans une de ces tentatives, par l'effet des efforts du malade, je pus inspecter la glotte de l'œil, et je n'y découvris rien qui s'éloignât de son état normal.

Cet homme resta à l'hopital pendant plusieurs semaines, et y subit un traitement mercuriel complet, sans en retirer aucun profit. Pendant tout ce temps, je ne négligeai aucun moyen de parvenir à la connaissance de l'état intérieur du larynx. La pression exercée dans le voisinage du larynx n'était point douloureuse; la déglutition n'était gênée en rien; il ne se faisait aucun écoulement purulent, ni par la bouche, ni par la plaie; finalement, il quitta l'hopital, respirant encore au moyen de son tube, et condamné, suivant toutes les apparences, à s'en servir pendant le reste de sa vie.

Au commencement de février 1836, quatorze mois après l'opération, je fus appelé auprès du malade, qui était dans un état de suffocation imminente : la plaie s'était resserrée et était devenue très étroite; le tube s'étant échappé de l'ouverture artificielle, ne pouvait plus y être introduit. L'état du malade faisait voir combien il était incapable de

respirer par la glotte ; car, malgré l'assistance de l'ouverture trachéale ainsi diminuée de largeur, l'inspiration était tellement difficile, qu'elle ne s'exécutait qu'avec un effort convulsif et un sifflement remarquable. Je dilatai la plaie en haut et en bas ; cette opération détermina une hémorrhagie si abondante et si opiniâtre, que je fus obligé de recourir au cautère actuel. Le malade resta plusieurs jours à l'hôpital, présentant le même phénomène d'une inspiration difficile et d'une expiration beaucoup plus aisée, et il sortit enfin respirant encore par son tube. Je l'ai vu souvent depuis cette époque, il est toujours dans le même état.

Les faits précédents montrent qu'il est souvent impossible de connaître pendant la vie, l'état pathologique d'un larynx qui offre assez d'obstacle au passage de l'air pour qu'on soit obligé de pratiquer la trachéotomie, et combien il est difficile de prévoir les résultats d'un pareil état.

Obs. III. — Le 22 février 1836, il se présenta à l'hopital Meath, un autre cas également obscur. Robert M'Donnell, âgé de 24 ans, pâle et n'ayant pas l'air bien portant, mais, d'après son assertion, jouissant habituellement d'une bonne santé, avait été atteint, deux mois et demi avant son entrée à l'hopital, d'une fièvre typhoïde qui dura quatre semaines, et qui laissa à sa suite de la gêne dans la prononciation des mots et de la difficulté dans la respiration. Ces symptômes augmentèrent graduellement jusqu'au 22 février. A cette époque, la dyspnée était extrême ; la respiration était accompagnée d'un sifflement très dur. La dyspnée s'exaspérait le soir et augmentait par le plus léger exercice ; le malade ne pouvait dormir qu'assis dans son lit ; il avait de fréquentes quintes de toux, avec expectoration d'une petite quantité de mucosités légèrement striées de sang, et rejetées avec difficulté. Pouls petit, à 120. Le malade affirma de la manière la plus positive qu'il n'avait jamais eu aucun symptôme syphilitique. On prescrivit un

scrupule de calomel, trois fois par jour. Le 25, la bouche était affectée, mais les symptômes du côté du larynx n'étaient en rien amendés. Le 26, la salivation était abondante; le soir du même jour, je fus obligé de pratiquer l'opération. Celle-ci fut exécutée avec la plus grande facilité et suivie d'un soulagement extrêmement remarquable. En peu d'instans, le malade devint calme, et s'endormit d'un sommeil paisible; l'expectoration se fit si librement par la plaie, qu'il exigea des soins moins minutieux que ceux qu'on est obligé de donner ordinairement en pareil cas. Une légère bronchite, qui se développa fut facilement guérie. L'exploration de la poitrine, au moyen de l'auscultation, donna des résultats favorables; car, bien que les symptômes du côté du larynx fussent de nature à me faire craindre qu'un abcès ne s'y fût formé à la fin de la fièvre, les poumons étant sains, mes craintes diminuèrent beaucoup sous ce rapport. En effet, je suis convaincu que la phthisie laryngée est le plus souvent liée à une affection pulmonaire, et que la mort qui suit l'opération dans de tels cas, doit être attribuée à cette dernière cause.

Je ne dois point passer sous silence un phénomène stéthoscopique qui me paraît curieux. En général, quand un malade respire par un tube, la colonne d'air qui traverse l'instrument produit un bruit qui masque le murmure respiratoire et y met la confusion; on ne peut apprécier alors le caractère du bruit respiratoire, qu'en l'examinant dans la partie inférieure du poumon. Mais dans le cas qui nous occupe, le passage de l'air à travers le tube était très facile et ne s'accompagnait presque d'aucun bruit. Lorsqu'on appliquait le stéthoscope sur la poitrine, aucun bruit n'était perçu, il y avait absence de murmure respiratoire. Ce fait fut constaté par le docteur Stokes, le dix-septième jour après l'opération.

Préoccupé de la pensée qu'il existait peut-être un abcès dans le voisinage du larynx, j'employai tous les moyens de

symptômes devinrent de plus en plus urgens, et, que le 10, à six heures du matin, je fus obligé de pratiquer la trachéotomie. J'enlevai une portion de la paroi antérieure de la trachée, longue de 6 lignes et large de 3 à 4. Le lendemain, comme j'exposais à mes élèves l'opération et ses résultats, et que, parmi ces derniers, je citais la perte de la voix, le malade, à ma grande surprise, m'interrompit pour dire, d'une manière assez distincte : « Mais je parle, et beaucoup mieux qu'avant d'avoir été opéré. » Ce malade s'est guéri parfaitement ; il a pu cesser l'usage de son tube le 3 mai, et il a quitté l'hopital le 7.

Nous venons de voir des phénomènes insolites ayant leur siège dans le larynx, considéré comme organe de la voix ; cela m'amène à mentionner une autre espèce d'anomalie, dans laquelle cet organe perd, en totalité ou en partie, ce que l'on peut appeler sa *sensibilité de protection*. On sait que l'on accorde généralement à l'épiglotte la fonction de protéger le larynx pendant l'acte de la déglutition ; on sait aussi, que lors même que l'épiglotte n'existe plus, le larynx peut se protéger lui même, ainsi que je l'ai prouvé par un fait qui est publié depuis longtemps, et que le malade peut avaler soit des liquides, soit des solides avec peu ou même point d'inconvénient. Jusqu'à ces derniers temps, je considérais la sortie de quelques portions d'alimens par une plaie pratiquée dans la paroi antérieure de la trachée, comme une preuve certaine de quelque communication anormale entre l'œsophage et le canal aérien, et dans les nombreux cas d'affections laryngiennes que j'ai observés, lorsque ce symptôme s'est présenté, je n'ai pas hésité à l'interpréter de cette manière. Cependant chez les cerfs *Wapiti*, chez lesquels on avait pratiqué l'opération de la trachéotomie, les alimens s'étaient échappés souvent par l'ouverture de la trachée et cependant après leur mort, le larynx s'est trouvé intact. Mais pour ne pas m'appuyer seulement sur des observations faites chez des animaux infé-

rieurs, je citerai un fait qui m'a été communiqué par mon ami, M. Adams, et qui s'est présenté tout récemment à l'hopital chirurgical de Richmond. Il s'agissait d'une jeune femme qui portait une plaie de la trachée, vers la partie inférieure du cou. Cette plaie donnait issue à quelques portions des substances que la malade s'efforçait d'avaler, et pourtant après la mort le larynx fut trouvé sain, et il n'existait aucune communication anormale entre l'œsophage et la trachée.

Après avoir rapporté des faits qui m'ont paru nouveaux, ou au moins, dignes d'intérêt, je vais faire part de quelques réflexions que ces faits m'ont suggérées.

Il est démontré que la respiration peut être empêchée dans le larynx, au point d'exiger l'intervention prompte du chirurgien, sans que nous puissions déterminer la cause organique de cet obstacle. Au bout d'un temps variable, le malade peut recouvrer la faculté de respirer, aussi complètement que si la lésion fonctionnelle n'eût jamais existé; ce qui prouve que cette dernière était indépendante de toute lésion de tissu ; en même temps, on doit avouer que la majeure partie des sujets atteints de cette affection ne guérissent point. Dans ces derniers cas, on peut supposer l'existence d'une lésion de structure, bien que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne puissions dire quelle elle est.

On connaît les fonctions différentes qui ont été attribuées au nerf laryngien supérieur et au nerf laryngien inférieur, sous le rapport de la voix et de la respiration. Pour ce qui regarde la dernière, on a supposé que les branches laryngiennes supérieures animent les muscles qui ferment la glotte, et que les rameaux inférieurs ou récurrens se distribuent à ceux qui la maintiennent ouverte; de sorte que si les rameaux supérieurs sont divisés, ou si leur influence nerveuse est détruite d'une manière quelconque, la fente de la glotte reste béante, tandis que si la même lésion porte sur les rameaux récurrens, l'ouverture destinée

au passage de l'air se ferme immédiatement : « Après la division des nerfs recurrens, dit Le Gallois, tous les efforts d'inspiration auxquels se livre l'animal ne servent qu'à fermer la glotte d'une manière plus efficace. » Ces idées théoriques, qui ont été invoquées dernièrement, pour l'explication des phénomènes du croup spasmodique des enfans, si bien décrit par le docteur Marsh, pourraient, si elles étaient fondées, s'appliquer bien mieux encore à la maladie qui fait l'objet de ce mémoire. En effet, on peut concevoir sans peine l'existence d'une tumeur qui comprimerait le nerf récurrent pendant un temps déterminé, qui augmenterait peu à peu de volume, et, par conséquent donnerait lieu à des symptômes de plus en plus pressans, jusqu'au point de rendre l'opération nécessaire, puis se dissiperaient progressivement et permetteraient nécessairement aux organes affectés de reprendre l'intégrité de leurs fonctions. Il est fâcheux d'être obligé de mettre en doute une théorie si satisfaisante en apparence ; mais je crois que la dissection ne démontre point un tel isolement dans les fonctions assignées à ces nerfs; car des fibres de l'un et de l'autre se distribuent aux deux ordres de muscles, c'est-à-dire aux dilatateurs et aux constricteurs de la glotte. Pour m'éclairer dans cette question, j'essayai de renouveler les expériences qui ont servi de base à la théorie admise. Aidé de MM. Alcock et Yart, je divisai les nerfs récurrens sur deux chiens; chez l'un, un filet nerveux échappa et conséquemment l'expérience fut incomplète; mais, chez l'autre, tout me porte à croire que la section fut parfaitement exécutée. Le résultat de ces expériences ne peut pas confirmer ce qu'on a admis sur les fonctions des nerfs récurrens, car leur section n'exerça aucune influence appréciable sur la respiration de ces animaux. Chez l'un d'eux, le seul changement que l'on put constater fut un peu moins de force et un peu plus de raucité dans ses aboiements ; et si l'on prend en considération la présence de deux larges plaies

dans le cou, au voisinage immédiat du larynx, et l'inflammation qui en a été le résultat, peut-être croira-t-on pouvoir expliquer cette légère altération de la voix, sans avoir recours à la lésion des nerfs recurrens. Plusieurs jours après cette opération, on divisa, chez ce chien, la portion dure, et après cette section la respiration devint haletante au plus léger mouvement (1).

Ayant remarqué dans des cas de phthisie laryngée où les cartilages arythénoïdes furent expulsés dans le cours de la maladie que, avant cette expulsion, la difficulté de la respiration était toujours très-grande, et qu'ensuite une amélioration, sous ce rapport, était manifeste, j'ai pensé qu'une ulcération, un relâchement, en un mot une lésion quelconque de structure, qui donnerait à ces petits corps une trop grande mobilité et leur permettrait de retomber sur l'ouverture de la glotte, pourrait, avec assez de vraisemblance, expliquer quelques-uns de ces cas d'obstacle à la respiration, notamment ceux où l'on a observé une si remarquable différence entre l'inspiration et l'expiration. Les moyens d'union entre les cartilages cricoïde et arythénoïde, étant divisés en travers postérieurement, il est très-facile de faire retomber ces derniers de manière à ce qu'ils oblitèrent presque complètement l'ouverture de la glotte.

---

(1) J'ai livré à l'impression ce passage tel qu'il a été communiqué à la Société, mais depuis j'ai répété l'expérience avec un résultat différent, et je crois que cette différence dépend de la manière dont on procède à l'opération. Le 27 juin, j'ai divisé les nerfs récurrens, dans un point très-élevé du cou d'un chien, tout contre le cartilage cricoïde, et immédiatement avant le point où il pénètre dans le larynx. J'ai excisé plus d'un pouce de la longueur de chacun de ces nerfs, et, dans ce cas, l'animal a été aussitôt et complètement privé de voix. Il n'y eut cependant aucun effet produit sur la respiration. On permit à l'animal de courir çà et là pendant plusieurs minutes, et il ne donna aucun signe d'obstacle à la respiration.

Si une telle division est le résultat d'une maladie (les abcès et les ulcérations sont loin d'être rares derrière le cartilage cricoïde), on conçoit que ces petits corps puissent devenir assez mobiles pour être poussés par la colonne d'air au-devant de la glotte, qu'ils oblitèrent à la manière d'une valvule, dans le moment de l'inspiration. M. Crampton a vu dans le muséum de l'Ecole vétérinaire à Londres, plusieurs pièces anatomiques recueillies sur des chevaux cornards, et qui semblent indiquer que la maladie de ces chevaux est produite par l'atrophie des muscles arythénoïdes. Le relâchement qui en est la conséquence, donne aux cartilages du même nom, une mobilité anormale. Quand l'animal est au repos, ou quand il se meut lentement, la colonne d'air franchit doucement le larynx, et il n'y a aucun bruit particulier. Mais lorsque, par suite de mouvemens plus actifs, la respiration devient plus fréquente ou plus énergique, les petites valvules sont poussées sur la glotte qui est diminuée d'autant; la respiration devient striduleuse, et ainsi est produit le bruit particulier parfaitement connu des personnes qui s'occupent habituellement des chevaux.

Sans admettre une hypothèse qui n'est que vraisemblable, je dois dire que la paralysie des muscles du larynx me paraît propre à expliquer quelques-uns des symptômes dont il a été question dans ce travail, entre autres, la sortie de portions alimentaires par une plaie de la trachée, lorsqu'il n'y a point de communications anormales entre cette dernière et l'œsophage. Mais la paralysie est un sujet extrêmement délicat. Nous avons tous vu des malades entièrement privés de l'une des fonctions du larynx, tout-à-fait incapables de proférer un son, quelque inappréciable et inarticulé qu'il puisse être, et qui cependant n'éprouvaient pas la gêne la plus légère sous le rapport de la respiration et de la déglutition. Je veux bien admettre que des nerfs différens sont attachés à ces différentes fonctions; mais jusqu'à ce qu'on ait établi la distribution de ces nerfs et

reconnu les fonctions de chacun d'eux, il est plus prudent de n'appuyer aucune théorie sur une base aussi fragile. Je compte me livrer à une série d'expériences destinées à éclaircir quelques-uns des points signalés dans ce mémoire. Si j'obtiens des résultats satisfaisans, j'en ferai l'objet d'un nouveau travail qui pourra être considéré comme la suite de celui-ci.

REVUE GÉNÉRALE.

Revue des Thèses soutenues à la Faculté de Paris, dans l'année 1836.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE LA POITRINE ET LÉSION DU COEUR. — Cette Dissertation renferme quelques faits intéressans de blessures du cœur et des poumons, empruntés pour la plupart à des Journaux militaires. Nous ne reproduirons ici qu'une observation *d'anévrysme faux consécutif de l'artère mammaire interne.*

Le 27 décembre 1831, se présenta à l'hôpital de Nancy le nommé Ridé, âgé de 26 ans. Quatre heures auparavant il avait reçu un coup de sabre à deux tranchans, à la partie latérale droite et antérieure de la poitrine, à un demi-pouce du sternum, entre les deuxième et troisième côtes. Il n'y avait eu ni défaillances, ni douleurs vives, ni sortie abondante de sang par la plaie ou par la bouche au moment de l'accident. A son arrivée; toux fréquente, crachats sanguins, respiration pénible, pouls dur et fréquent. Il sortait par la plaie une assez grande quantité de sang vermeil qui augmentait à chaque effort de toux. (Saignée copieuse. La plaie est pansée avec de la charpie sèche qu'on maintient par un bandage de corps). L'hémorrhagie fut arrêtée, la toux diminua de fréquence, la respiration devint plus libre. Le 28 et le 29, deux nouvelles saignées nécessitées chaque jour par une récrudescence des symptômes. Le 2 janvier, le malade put prendre quelques alimens légers; les forces reviennent, la plaie se cicatrise. Le 7 janvier, il se plaint de malaise; tête douloureuse, pouls vif, fréquent, sans dureté;

respiration très-accélérée. Son mat avec absence de bruit respiratoire dans les deux tiers inférieurs de la poitrine. Le 10, les accidens n'ont fait qu'augmenter. Faiblesse générale, face décolorée, langue rouge à sa pointe et sur ses bords, soif ardente, respiration fort gênée, précipitée; peau douloureuse; toux fréquente, avec expectoration visqueuse; empâtement des tégumens de la partie latérale droite du thorax. La matité est complète dans toute son étendue, et son volume paraît plus considérable que celui du côté opposé. L'abdomen présente une tuméfaction assez considérable, avec sensibilité à la région épigastrique et rénitence dans l'hypochondre droit. Le pouls est faible, fréquent, facile à déprimer; alternative de froid et de chaud, sueurs partielles au visage; plaie extérieure entièrement cicatrisée. Le 27 janvier, quelques-uns de ces phénomènes ont augmenté. Le foie dépassant de quatre travers de doigt le rebord costal s'étend aussi à gauche. L'ampliation du côté droit du thorax est aussi manifeste. On remarque à un demi-pouce en dedans de la cicatrice de la blessure, à un pouce du sternum, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, offrant une fluctuation sensible et des pulsations semblables à celles d'une artère. On crut à l'existence d'un abcès, et on attribua les pulsations au voisinage de l'artère mammaire interne. La compression faisait aisément disparaître la tumeur; mais alors le malade se plaignait d'une gêne qui cessait lorsqu'on la laissait reprendre son volume. Jusqu'au 30, le volume de la tumeur n'augmenta pas sensiblement; mais ce jour là elle était moins fluctuante et les battemens plus obscurs. On se prononça pour l'existence d'un anévrysme consécutif de la mammaire interne. Le lendemain, une ponction faite dans la tumeur ne donna issue qu'à une très-petite quantité de sang noir; un stylet put pénétrer à deux pouces et demi de profondeur. Le 3 février, mort, 37 jours après la blessure.

Autopsie. — Le côté droit de la poitrine, beaucoup plus large que le gauche, contenait cinq à six pintes d'un liquide séro-sanguinolent, dans lequel flottaient des flocons rougeâtres, débris probables du poumon, car celui-ci avait entièrement disparu sans qu'il restât aucune trace ni des bronches ni des vaisseaux pulmonaires. (L'absence de détails nous fait croire qu'il s'agissait ici, comme dans les autres cas donnés jusqu'à ce jour comme exemple de fonte du poumon, de l'aplatissement excessif de ce viscère par le liquide épanché). La plèvre pulmonaire droite était adhérente à la plèvre costale et à toutes les parties qui circonscrivent la cavité thoracique de ce côté. Cette membrane présentait plus d'épaisseur

dans la partie qui correspondait au sac anévrysmal : dans toute son étendue elle avait la couleur lie-de-vin.

Le sac anévrysmal avait deux pouces de longueur sur huit lignes de largeur, et contenait quelques caillots demi-fluides; il était disposé de manière à contenir dans son intérieur l'artère mammaire interne que l'on trouva divisée dans la moitié de son calibre. Ce sac n'avait aucune communication avec le foyer de l'épanchement. (H. de Montègre, *Diss. sur les plaies pénétrantes de la poitrine et les lésions du cœur*, N.° 6).

Traitement de l'anus contre-nature. *Entérotôme de Dupuytren modifié par M. Blandin, dans le but de conserver l'éperon. Guérison d'un anus contre-nature.* A la suite d'une hernie inguinale étranglée, un homme eut six ou sept pouces d'intestin gangréné. Un anus contre-nature en fut le résultat. Les deux bouts de l'intestin étaient adossés l'un à l'autre et parallèles entre eux; toutes les matières fécales s'échappaient par le bout supérieur : celui-ci renversé en dehors formait une tumeur de la grosseur d'une pomme, ayant la forme d'un cône resserré à sa base ; sa surface, mollasse, d'un rouge vif, offrait des rides circulaires et des follicules gonflés. L'ouverture était large et permettait avec facilité l'introduction du doigt. Le bout inférieur, non renversé, était plus étroit, et de jour en jour son diamètre se rétrécissait. Après avoir en vain essayé tous les moyens, tels que la position déclive, la compression, le taxis, etc., pour réduire la tumeur du bout supérieur, M. Blandin jeta à sa base une ligature; elle tomba gangrénée au quatrième jour. M. Blandin fit alors construire un entérotôme sur le modèle de celui de Liotard, c'est-à-dire, formé de deux branches, dont chacune offrait à son extrémité une plaque ovalaire de 18 à 20 lignes de longueur, sur 6 à 8 lignes de largeur ; la surface interne ondulée de manière que chaque enfoncement corresponde à une éminence opposée. La modification apportée par le chirurgien de Beaujon à cet instrument, consiste dans l'écartement des branches qui portent les plaques, et c'est dans cet écartement que devait être reçu l'éperon. Le but du chirurgien étant de le conserver tout en faisant communiquer plus en dedans les divers bouts de l'intestin, l'éperon ainsi conservé devait s'opposer à son tour à la sortie des fécès comme une espèce de bride ou cloison. Il fut facile d'introduire les branches de l'entérotome à la manière ordinaire, après avoir toutefois fait des incisions multiples sur la circonférence du bout inférieur. Les branches, enfoncées de 4 à 5 pouces, furent réunies, puis serrées au moyen d'une vis de pression.

La diète et le repos absolu furent prescrits. Il ne survint aucun accident. Le cinquième jour, l'entérotome tomba ; ses deux plaques étaient encore tapissées par les deux bouts de l'intestin dont elles avaient déterminé la gangrène. Le soir même le malade eut une selle abondante de matières dures pour la première fois depuis un mois. Il ne sortit plus dès-lors par la fistule extérieure que des gaz et un liquide jaune verdâtre ; et malgré les excès d'alimens que faisait le malade, deux mois après l'application de l'instrument, la cicatrice et la guérison étaient parfaites. (J. B. A. Chomette, *Observations et réflexions*, etc., etc., N.° 7).

Opération de l'empyème. — M. Rey rapporte six faits dans lesquels l'opération de l'empyème fut pratiquée. Les deux premières observations sont relatives à des pleurésies aiguës ; la ponction faite avec le trois-quarts détermina la guérison de l'un des malades en soixante-cinq jours, et de l'autre en quatre mois. Le troisième fait, qui manque de quelques détails, nous semble relatif à une pleurésie costale avec épanchement circonscrit. L'opération fut faite par incision. La guérison fut très-difficile à obtenir, malgré le soins les mieux entendus, et la jeunesse et la bonne constitution de la malade. Dans les trois observations suivantes, dans lesquelles l'empyème fut pratiqué pour des pleurésies chroniques, on peut voir les bons effets de cette opération, bien que le succès n'ait pas été complet. On suivit la méthode de l'incision dans le premier cas : un pneumo-thorax et un énorme abcès se manifestèrent à la suite de l'opération. La mort eut lieu après 28 jours. L'autopsie montra des lésions trop graves pour que la guérison eût été possible ; mais l'opération avait évidemment prolongé les jours du sujet. Ce résultat fut plus manifeste encore dans le cas suivant, emprunté à un mémoire de M. Faure. La ponction fut pratiquée sept fois en deux mois ; la mort eut lieu cinq jours après le dernier. Le poumon du côté malade était aplati ; il y avait un hydropéricarde.

Dans la dernière observation, qui n'est pas complète, le malade fut ponctionné deux fois, le 21 avril et le 7 août 1835. Le malade fut soulagé ces deux fois. Dans le mois de décembre, il se développa un vaste abcès à la partie inférieure du côté malade. Il fut ponctionné à diverses reprises, mais se reproduisit. Les notes de M. Rey ne s'étendent pas au-delà de cette époque. Nous avons pu voir ce malade qui est encore dans les salles de l'hôpital Necker. Les abcès sont fermés ; il paraît guéri ; seulement le son reste un peu mat à droite.

M. Rey croit pouvoir conclure de ces faits qu'on doit préférer la ponction avec réunion immédiate dans la pleurésie aiguë, mais que dans l'épanchement chronique il faut pratiquer l'incision. Nous ne pouvons être de son avis : en effet, la formation d'abcès dont il accuse la ponction, a eu lieu également dans le cas où l'incision fut pratiquée. La mort d'ailleurs dans ce cas fut plus rapide que dans l'observation où la ponction fut mise en usage. Ne pourrait-on comparer l'empyème à la paracentèse? Si celle-ci n'est pas plus fréquemment suivie d'accidens, n'est-ce pas parce qu'on se contente de faire une ouverture qui se ferme d'elle-même; si, comme on le pratique encore trop souvent dans l'épanchement thoracique, on incisait la paroi abdominale, la péritonite viendrait, sans aucun doute, enlever un grand nombre de malades. (R. D. Rey, *Utilité de l'empyème*, N.° 7).

Xérosis de la conjonctive. Dans cette courte monographie sur une maladie peu commune, l'auteur compare quelques faits épars dans les recueils ophthalmologiques, à une observation recueillie avec détail à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Voici les résultats principaux qu'il a obtenus de cet examen. *Nature*. Cette maladie paraît consister dans l'épaississement de l'épithélium. La conjonctive présente dans ce cas la *cutisation* que l'on voit dans les chutes prolongées de l'utérus et du rectum. *Causes*. Cherchons la cause du xérosis dans l'inflammation chronique qui dans tous les cas a précédé la cutisation. M. Dupré explique ainsi le mécanisme de cette transformation. L'inflammation entretenue dans quelques cas par le renversement des paupières et des cils, ne peut-elle pas se propager aux glandes de Meibomius, à la glande lacrymale elle-même, les altérer, les atrophier et arrêter ainsi toute secrétion? La conjonctive privée alors de son humeur lubrifiante, reste exposée au contact immédiat des agens extérieurs et au frottement des paupières qui produisent bientôt l'épaississement de son épithélium. L'inflammation scrofuleuse, à en juger d'après les tissus qu'elle affecte le plus souvent, doit être une cause fréquente de xérosis. D'après M. Dupré l'oblitération partielle ou générale des conduits excréteurs de la glande lacrymale ne suffirait pas pour produire cette cutisation; la lésion des nerfs de la cinquième paire offrirait d'autres symptômes. Ceux du xérosis sont la sécheresse, l'aspect mat, comme poudreux, de la conjonctive qui forme un grand nombre de plis très prononcés autour de la cornée sur laquelle dans certains mouvemens de l'œil, ils s'avancent comme une troisième paupière. L'épaississement de la conjonctive cornéale bien qu'elle

ne forme pas de plis, permet rarement d'apercevoir l'ouverture pupillaire. Des vaisseaux nombreux dans le tissu sous-muqueux, perte du brillant de l'œil, dont les mouvemens sont plus ou moins génés; ordinairement symblépharon partiel et entropion; points lacrymaux oblitérés, atrophie de la glande lacrymale et des glandes de Méibomius. L'œil est sec, la vision plus ou moins diminuée, s'améliore si on humecte l'œil. Le doigt, des oignons même placés au devant du globe oculaire sont à peine sentis par les malades. Les narines ont conservé leur humidité habituelle. Le traitement purement palliatif consiste à combattre les phénomènes inflammatoires qui pourraient revenir, et à humecter le globe de l'œil avec un liquide émollient ou de l'huile fraiche qui rendent momentanément aux parties leur souplesse et leur transparence. Tous les autres moyens ont échoué. L'excision de la conjonctive, pratiquée par M. Sanson dans le cas propre à M. Dupré, *n'amena point d'amélioration.* (J. M. V. Dupré. *Essai sur le xérosis de la conjonctive.* N° 21).

SUR L'AMINCISSEMENT DES PAROIS DE LA MATRICE, *par L. H. A. Ripault*, n° 22. — L'auteur rapporte une observation dans laquelle l'opération césarienne fut pratiquée par lui sur une femme dont la paroi utérine n'était guère plus épaisse qu'une lame de couteau, bien qu'il n'y eût aucune altération organique de la matrice. Il tire de ce fait et d'autres analogues, divers corollaires qui ne peuvent trouver place ici, mais qui, bien qu'ils ne soient pas tout-à-fait neufs, rendent sa thèse digne d'être consultée.

SUR LES DÉPOTS DES ÉPANCHEMENS SANGUINS TRAUMATIQUES DANS LE TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET INTERMUSCULAIRE. *par P. T. Galopin*, n° 26. — Cette thèse volumineuse (65 pages) renferme une histoire assez complète de la lésion qui en fait le sujet. L'auteur a utilisé des observations assez nombreuses recueillies par lui. Il étudie successivement le siège, les symptômes, les terminaisons des dépôts sanguins, et les transformations que le sang épanché peut subir. Nous n'avons pas trouvé qu'il fût mention dans cette dissertation de la crépitation des bosses sanguines; signe précieux qui dans un certain nombre de cas facilite beaucoup le diagnostic de ces tumeurs.

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX. — Cette thèse renferme plusieurs observations à l'appui de la méthode suivante. Remarquant que ni les incisions multipliées, ni les applications toniques, à l'extérieur, n'empêchaient les progrès de la gangrène de la peau, l'auteur imagina d'attaquer le foyer du mal, c'est-à-dire, les foyers renfermant le tissu cellulaire gangréné, en y

pratiquant des injections de vins aromatiques, de décoction de quinquina et même de chlorure d'oxyde de sodium. Le succès répondit à son attente. (L. Morand. *De l'érysipèle phlegmoneux, de sa terminaison par gangrène et des injections toniques comme moyen thérapeutique propre à en arrêter les progrès*, Th. n° 50).

CONSIDÉRATIONS SUR LA HERNIE ÉTRANGLÉE, *par J. J. Dumarest.*— Cette thèse n'offre rien de bien neuf, mais elle a le mérite d'avoir été faite d'après les faits recueillis par l'auteur. On y remarque deux observations de hernies avec étranglement manquant de quelques uns des signes positifs de cette complication. Dans le premier cas, la maladie dura quatorze jours *sans interruption des selles, des gaz étaient rendus par l'anus.* Des vomissemens, de la fièvre, et plus tard de la sensibilité abdominale et du météorisme furent les seuls signes d'après lesquels on eût pu rapporter les accidens à une hernie crurale depuis longtemps irréductible. Aussi l'opération ne fut point faite. L'autopsie montra une péritonite diffuse. Au sac herniaire adhérait une masse d'épiploon en arrière de laquelle était située une anse intestinale vide de matières et de gaz, et enflammée quoique l'étranglement ne fut point considérable. Dans le second cas où l'âge avancé du sujet ne permit pas de connaître au juste la date de l'invasion des accidens, *l'absence de hoquets et de vomissemens* fit différer l'opération jusqu'au cinquième jour de l'entrée de la malade, époque où se manifestèrent tout-à-coup des symptômes de péritonite et des vomissemens de fécès. Le lendemain de l'opération pendant laquelle des matières stercorales sortirent par la plaie ; la malade mourut. L'anse d'intestin étranglée était noire ramolle et désorganisée, et offrait une perforation résultat de la gangrène ; des matières étaient épanchées dans l'abdomen. La partie inférieure du péritoine était le siège d'une vive inflammation (Th. N° 84.)

TRAITEMENT DU CANCER DE LA LANGUE ; LIGATURE DE L'ARTÈRE LINGUALE ; *par E. Voranger.* — Béclard avait conseillé de lier l'artère linguale préalablement à l'amputation de la langue. M. Mirault avait tenté cette opération. Voici un cas où M. Flaubert a réussi à la pratiquer. — OBS. Jacques Michel, cordonnier, âgé de 58 ans, commença il y a environ dix-huit mois à éprouver de légères douleurs à la langue ; en lui extirpant une dent, le chirurgien remarqua sur le bord gauche de la langue une petite dureté qu'il attribua aux inégalités de la dent qu'il venait d'arracher. Pendant plus d'un an, la petite tumeur resta sans s'ulcérer, causant fort peu de douleur ; puis, augmentant de volume, elle

suppura, produisant des douleurs lancinantes légères. Divers médicamens furent inutilement employés. Michel entra à l'Hôtel-Dieu de Rouen le 6 décembre 1835; la maladie se présente sous la forme d'une tumeur ovalaire d'un pouce et demi d'avant en arrière; dépassant le niveau des faces et de la langue jusque vers le milieu de laquelle elle s'étend. Sa surface est envahie par un ulcère rose pâle, granulé, à bords lisses, obliques et réguliers, si ce n'est au milieu de la langue où la circonférence en est irrégulière et comme soulevée. La consistance de la tumeur est celle du tissu squirrheux. La glande sublinguale correspondante est saine, et paraît à peine refoulée en bas. Pas de ganglions lymphatiques engorgés.

Le 8, pour l'opération : 1.° ligature de l'artère linguale; le malade assis, la tête est inclinée du côté opposé et maintenue par un aide; un deuxième aide placé à droite est chargé, au besoin, de pousser l'hyoïde à gauche. Incision oblique partant du point de réunion de la petite corne avec la grande corne de l'os hyoïde vers l'angle de la mâchoire; division de la peau et du peaucier; ligature de la jugulaire externe au-dessus et au-dessous du point où on doit la couper; division du fascia; excision de la partie inférieure de la glande sous-maxillaire, qui primitivement est prise pour un ganglion tuméfié non reconnu avant l'opération; ligature du confluent des veines linguales et pharyngiennes, et puis section de ces veines; section de l'anse de l'hypoglosse qui gênait pour aller jusqu'à l'artère; incision de l'hyoglosse à son attache à l'extrémité de la grande corne de l'hyoïde; enfin, apparition de l'artère qui ici venait de haut en bas. Une petite aiguille courbe chargée d'un fil sert à la saisir; une seule petite artère située dans la glande sous-maxillaire a donné du sang et a été liée; une bandelette adhésive a rapproché l'angle supérieur de la plaie. — 2.° Extirpation du cancer prompte et facile : attraction de la langue au moyen de pinces garnies d'amadoue; incision transversale au-devant du pilier antérieur du voile du palais, puis entre la langue et la glande sublinguale, et enfin d'arrière en avant jusqu'au-devant de la tumeur qui se trouve ainsi détachée; faible écoulement de sang veineux en nappe; une petite artériole située en avant donne également en nappe; on en fait la ligature. En tout, pendant l'opération et immédiatement après, il n'y a pas eu une cuillerée de sang de perdue.

Le 12, suppuration de la plaie et gonflement dans son voisinage. (Catapl.; soupe).

Le 14, la demi-portion à manger.

Le 26, chute du fil de la ligature de l'artère linguale ; ceux des deux veines et de la petite artère de la glande maxillaire étaient tombés quelques jours auparavant. La langue est cicatrisée, elle offre une grande échancrure qui ne va pas jusqu'à la ligne médiane. L'extrémité postérieure de cette échancrure paraît plus éloignée du pilier que n'en était le mal lui-même. La pointe de la langue existe avec sa forme habituelle, et ses deux côtés perçoivent également les sensations ; mais elle se dirige fortement du côté opposé quand on dit au malade de la sortir droite. Le malade sort le 15 janvier parfaitement guéri ; seulement la pointe de la langue ne peut arriver aux commissures des lèvres. On le revit au mois de mars ; la guérison persiste.

M. Voranger rappelle que M. Mirault tenta inutilement l'opération du côté gauche, puis la pratiqua à droite ; mais que l'opération fut sans utilité, puisqu'il pratiqua en même temps la ligature des deux moitiés de la langue. L'insuccès de M. Miraut est expliqué, parce que ce chirurgien a été chercher l'artère trop en arrière, son incision s'étendant de la grande corne de l'hyoïde vers le muscle sterno-mastoïdien, en passant six lignes au-dessous de l'angle de la mâchoire.

La ligature de l'artère, selon M. Voranger, doit s'opposer à la récidive du mal. Il en donne comme preuve le fait suivant : Un homme portait à la partie supérieure latérale de la tête une tumeur plus volumineuse que le poing, qui avait déjà été opérée deux fois et avait reparu. M. Flaubers lia l'artère carotide du même côté, et la tumeur ne reparut plus. (Thèse, N.° 85).

De l'emploi des caustiques dans le traitement des affections du col de l'utérus; *par Alf. Hardy*. — L'auteur étudie d'abord d'une manière générale les caustiques usités et les effets de la cautérisation du col de l'utérus. Il a observé plusieurs fois, peu d'heures après *l'emploi du nitrate acide de mercure, la stomatite mercurielle*. Il a vu quatre femmes cautérisées le même jour pour des ulcérations de diverse nature, être toutes affectées de salivation et à des degrés différens. La plus légèrement atteinte n'eut que l'odeur métallique et quelques douleurs derrière l'angle des mâchoires, sans augmentation sensible de la sécrétion salivaire. La plus malade eut une salivation bien marquée, accompagnée d'ulcérations aux gencives et de douleurs très-vives dans les mâchoires. Ces quatre femmes étaient cautérisées pour la première fois. Jamais, dit M. Hardy, il n'a vu survenir cet accident qu'après la première cautérisation ; les femmes qui en étaient affectées en

éprouvaient de légères atteintes à la seconde, mais ne sentaient plus rien à la troisième ni aux suivantes, ce qui est le contraire de ce qui arrive alors que le mercure a été administré par la bouche ou en frictions, car alors la salivation n'arrive que par l'abus des médicamens. De ces faits, il conclut qu'il ne serait pas prudent de cautériser avec des caustiques vénéneux une ulcération très-étendue. M. Sonnié-Moret rapporte dans sa thèse N.° 37 des faits tout-à-fait semblables. M. Hardy passe ensuite en revue les diverses affections du col où l'on a employé les caustiques. Voici les conclusions auxquelles il arrive : 1.° affections vénériennes : inutiles et même dangereuses pour les simples excoriations inflammatoires, les caustiques seront très-utiles dans le cas d'ulcérations granulées ou de végétations. 2.° Excroissances non-syphilitiques : on peut les enlever si elles incommodent. *Ulcérations :* les caustiques sont utiles dans certains cas d'ulcères simples chroniques, avec écoulement abondant dans des cas d'ulcères scrofuleux ; mais dans les érosions, simples résultats d'une inflammation du col, dans les ulcérations avec hypertrophie du col, elles ne font qu'augmenter l'affection qui céderait facilement, comme il le montre par des faits, aux antiphlogistiques. Quant aux ulcères carcinomateux, aux squirrhes ulcérés de l'utérus, bien qu'utiles dans quelques cas, les caustiques n'ont pas réalisé les espérances qu'on avait conçues de leur emploi. Cette Thèse est sagement faite et clairement rédigée. (Th., N.° 96).

Considérations sur l'ongle et son organe générateur, *par J. L. H. Jardon*, — Cette thèse offre une histoire complète de l'ongle et de l'onyxis. Ne pouvant l'analyser entièrement, nous en extrairons le procédé suivant, qui appartient à M. Vésignié d'Abbeville : trois petites plaques en argent de six millimètres de longueur sur quatre de largeur, et un quart de millimètre d'épaisseur, articulées ensemble sur leur bord le plus long par de petites charnières, forment une espèce de chaîne plate d'environ douze millimètres de longueur sur six de largeur. Les charnières, privées de point d'arrêt, permettent le mouvement sur leurs deux faces, mais n'offrent de saillies que sur l'une d'elles. Des deux extrémités de ces plaques réunies, l'une est recourbée d'un millimètre en manière de crochet, du côté où les charnières n'ont point de saillie, l'autre porte dans le sens opposé un petit talon qui la renforce assez pour qu'on puisse en ce lieu la percer et la tarauder suivant le sens de sa longueur ; on introduit l'extrémité à crochet de cette espèce d'agrafe articulée sous le bord incarné de l'ongle qui se trouve accroché par elle ; ensuite on place sous le bord opposé de l'onglet une pareille agrafe qu'on réunit à la première à l'aide

d'une vis en argent à tête fraisée. On serre la vis pour fixer les deux agrafes avec solidité, la partie excédante en est coupée avec une pince incisive. Le reste du traitement appartient au malade qui peut lui même quand il le juge convenable, serrer graduellement la vis. La douleur cesse aussitôt, le bourrelet charnu s'affaisse et bientôt l'ulcération se cicatrise ; la durée du traitement est subordonnée au degré de la maladie, d'ailleurs le malade marche parfaitement avec l'appareil. (Th. nº 101.)

Ablation d'une tumeur fibreuse de la machoire supérieure ; hémorrhagie, cautérisation avec le fer rouge.—Un homme de 40 ans environ, maigre, portait une tumeur qui avait pris naissance sur la face externe du rebord alvéolaire supérieur gauche, son volume égalait celui du poing d'un enfant. Sa forme arrondie, globuleuse, sa dureté presque osseuse, mais conservant pourtant une certaine élasticité ; sa surface lisse et égale ; des douleurs parfois lancinantes caractérisaient assez bien sa nature. Elle s'étendait en arrière jusque vers la troisième grosse molaire ; en avant elle arrivait jusqu'au niveau de la commissure des lèvres. — Dupuytren, pour emporter cette tumeur, fendit la joue, depuis la commissure des lèvres jusqu'au bord antérieur du masseter ayant soin de se tenir au dessous du trajet du conduit de Sténon. La tumeur ainsi mise à découvert, présentait une base comprimée de haut en bas, cette base arrivait en arrière jusqu'à la fente ptérygo-maxillaire ; avec le bistouri, l'on divisa la muqueuse tout autour du pédicule, et des pinces incisives le détachèrent de l'os dans une grande partie de son étendue ; l'arrachement fit le reste. Il s'écoula très peu de sang ; on ne fit aucune ligature, des points de suture entortillée réunirent les bords de la division de la joue. Trois heures et demi après l'opération M. Rigaud fut appelé près du malade qui avait perdu une quantité de sang considérable (environ 5 livres), Il chercha d'abord à arrêter l'hémorrhagie par le tamponnement, au moyen de bourdonnets de charpie roulés dans la poudre de lycopode, engagés entre la joue et le maxillaire supérieur ; mais ce fut vainement, le sang coulait toujours ; alors il fit sauter les points de suture de la joue, cautérisa avec le fer rouge toute la surface saignante résultant de la séparation de la tumeur. Mais dans le point le plus reculé, le feu porté à plusieurs reprises ; ne put parvenir à suspendre l'hémorrhagie. Présumant alors que quelque circonstance particulière s'opposait à l'efficacité du cautère actuel, M. Rigaud porta le doigt dans la plaie et sentit au niveau de la tubérosité maxillaire une petite pièce osseuse mobile ;

il crut reconnaître la tubérosité palatine, et pensa que pendant l'arrachement de la tumeur, cette tubérosité avait été cassée et isolée du reste de l'os. L'artère palatine supérieure déchirée dans le canal osseux, était protégée par l'os contre l'action du feu. Alors avec le doigt indicateur il arracha ce fragment osseux et le premier bouton de feu qu'il porta dans le point qu'il occupait suspendit toute hémorrhagie. Il laissa la plaie de la joue largement ouverte, plaça quelque peu de charpie dans le fond. Le lendemain les bourdonnets de charpie furent enlevés; une escharre grisâtre recouvrait la plaie. Le malade ne souffrait point, les forces s'étaient relevées : la suture fut replacée; trois jours après, gonflement érysipélateux, pouls fort (saignée, sangsues au cou) la réunion immédiate était opérée, les points de suture, hors celui qui avoisinait l'angle des lèvres, furent retirés. Deux jours après on enleva celui-ci et, au bout de huit jours à dater de l'opération, la suppuration détacha les escharres résultant de la cautérisation; il ne parut pas une seule goutte de sang, et avant trois semaines le malade sortit de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri. (Ph. Rigaud, *Quelques faits de pratique chirurgicale*. Th. N° 106).

Anévrysme de l'artère axillaire, ligature de la sous-clavière. — Cette observation très détaillée est remarquable par la difficulté du diagnostic. On crut avoir affaire à un abcès et l'on ponctionna la tumeur. Le sang qui jaillit fit reconnaître l'erreur. On comprima. Le lendemain, M. Rigaud fut appelé pour pratiquer l'opération; on introduisit une sonde dans la plaie de la veille, mais il ne s'écoula pas de sang. Un bistouri plongé dans la tumeur, puis le doigt introduit dans la plaie ne laissèrent plus aucun doute. Malgré l'absence de pulsations pendant toute la durée de l'affection, c'était bien un anévrysme. Le doigt toucha des caillots; du sang s'écoula par la plaie. M. Rigaud pratiqua alors la ligature de la sous clavière en dehors des scalènes, malgré le voisinage du tronc innominé (la tumeur existait à droite) et malgré le soulèvement de la clavicule; l'opération bien que fort difficile n'offrit rien de particulier, si ce n'est l'entrée de l'air dans une veine qu'on fut obligé de lier. Le malade toutefois n'en éprouva pas d'accident, la ligature suspendit tout passage du sang dans la tumeur. Jusqu'au dix-huitième jour, aucun accident (le malade âgé de 31 ans fut saigné trois fois); treize jours après l'opération, la ligature tomba sans qu'il y eût hémorrhagie. Au dix-huitième jour, accidens inflammatoires dans la tumeur; il se forme un vaste abcès qui est ouvert. Néanmoins les forces s'affaiblissent, le dévoiement survient, et six semaines après

l'opération, un mois et deux jours après la chute de la ligature, la mort arriva. Les pulsations étaient revenues dans la radiale. L'autopsie ne put être faite.

On trouve encore dans la thèse de M. Rigaud, l'histoire d'un énorme *ulcère de la jambe* qui paraissait cancéreux et semblait nécessiter l'amputation du membre. Malgré les dénégations formelles du malade qui assurait n'avoir jamais eu d'affection syphilitique, on employa les pilules de deuto-chlorure qui, en moins de deux mois, amenèrent la guérison. (Th. *ibid.*)

Sur la staphyloraphie. — M. Devillemur propose de nouveaux instrumens et une nouvelle manière de passer les fils. Son procédé est assez ingénieux pour que nous devions en faire mention. Son instrument est un cylindre métallique monté sur un manche de bois. Le cylindre est creusé d'un petit canal destiné à loger une aiguille flexible décrivant un arc de cercle d'une demi-circonférence lorsqu'elle est libre, se redressant lorsqu'elle est dans le canal du cylindre. L'aiguille est chassée de celui-ci au moyen d'une tige centrale que meut le pouce de l'opérateur à l'aide d'un curseur. Une des parois du canal est fendue supérieurement pour loger le fil que doit entraîner l'aiguille. Le cylindre saisi de la main correspondante au côté sur lequel on opère est placé de manière que l'aiguille supposée libre regarde la division du voile du palais par sa face concave. Alors la pointe qui déborde un peu l'extrémité du canal qui la loge, est portée dans le point du voile du palais qu'on juge convenable. Au moyen du premier doigt on pousse le curseur, l'aiguille chassée de l'intérieur du cylindre traverse le voile, et se fléchissant en vertu de l'élasticité dont elle est douée, sa pointe vient se montrer entre les lèvres de la division, où, à l'aide d'une pince dont les mors sont coudés et garnis de plomb, on va la saisir et on l'entraîne au-dehors amenant le fil qu'elle porte. Nous avons décrit l'instrument de M. Devillemur; nous renvoyons, pour de plus grands détails, à sa thèse, à laquelle est annexée une planche. La manière dont il passe les fils de manière à ce que leur anse soit en arrière, est assez compliquée et n'offre pas grand avantage sur celle employée par M. A. Bérard; nous ne la donnerons donc pas ici (J.-A. de Villemur. *Quelques mots sur la staphyloraphie.* Th. n.° 150).

Dissertation sur les plaies pénétrantes dans les articulations produites par des instrumens tranchans et piquans; *par J.-B.-V. Fleury.* Cette thèse, riche d'observations, et dont la doctrine diffère à peine de celle qui est généralement adoptée, est surtout destinée à faire connaître le résultat de l'em-

ploi des vésicatoires dans la lésion qui en fait le sujet. Les faits empruntés par M. Fleury sont en général concluans, et empruntés pour la plupart à la pratique de son père, qui est, à ce qu'il paraît, l'auteur de la méthode préconisée (Th. n.° 117).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CANCER; INJECTION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE. — Un homme âgé de 73 ans, entre à l'hôpital de la Faculté au mois de juillet 1835, portant au moignon de l'épaule gauche une tumeur pyriforme, ayant sa base en arrière et, en avant, son sommet formé par la tête humérale. La tumeur était placée sous le deltoïde, le trapèze et le grand dorsal; point de changement de couleur à la peau; veines cutanées non variqueuses. La main appliquée sur la tumeur y perçoit des mouvemens de pulsations isochrones aux battemens du pouls. Bruit de souffle analogue à celui des anévrysmes. Les mouvemens du bras étaient très-gênés. Cette tumeur n'incommodait le malade que depuis cinq à six mois, mais il s'en était aperçu un an environ auparavant. Cette marche lente, ces circonstances que la tête de l'humérus avait été déplacée et non usée; que le pouls n'était modifie ni à l'artère humérale ni aux artères radiales et cubitales, les douleurs lancinantes, enfin, les signes de la cachexie cancéreuse firent diagnostiquer une dégénérescence de cette nature, malgré les bruits de souffle et les pulsations. Comme pour enlever la tumeur il eût fallu en même temps enlever le scapulum auquel elle était adhérente, on dut renoncer à une opération aussi grave sur un homme de cet âge; on se contenta du traitement palliatif jusqu'à la mort du sujet qui arriva en novembre 1835. Avant de procéder à l'autopsie, l'artère sous-clavière fut injectée en rouge, la veine sous-clavière et la basilique en noir; la tumeur fut disséquée avec le plus grand soin par M. Lenoir. Sous la peau on trouva, recouvrant la tumeur, le deltoïde et le trapèze considérablement amincis et participant à la dégénérescence. Les muscles des fosses sus et sous-épineuse sont également soulevés; la tumeur se prolonge en avant au-dessus de la tête de l'humérus et jusques sur la clavicule. L'humérus n'est point luxé, mais porté directement en avant, et la capsule très-distendue; toutes les artères de l'épaule, et surtout la scapulaire transverse et les circonflexes, ont acquis un volume très-considérable; les veines sont également très-développées; quelques unes offrent le volume du petit doigt. La tumeur, examinée à l'intérieur, est évidemment formée de matière encéphaloïde. *Les artères et les veines pénètrent en ramifications assez fines toute son épaisseur. Les artères comme les veines sont remplies de la matière de l'injection, sans changement apparent dans leur structure.* L'épine

de l'omoplate est détruite, et cet os perforé à son niveau. Il y a des tubercules cancéreux dans les poumons.

L'auteur de la dissertation à laquelle nous empruntons cette observation, s'en sert pour combattre à-la-fois l'opinion de M. Cruveilhier, qui pense que la cachexie cancéreuse survient quand les veines participent à la dégénérescence, et secrètent à l'intérieur de leurs parois l'ichor cancéreux, ou quand ces veines sont perforées et qu'alors cet ichor mêlé avec le sang est transporté dans tous les tissus; et celle de M. Bérard aîné, qui fondé sur l'injection d'une tumeur de même nature, où il avait vu *la matière encéphaloïde remplissant les veines environnantes, ou ces mêmes veines complètement détruites*, avait fait de cette circonstance un caractère du tissu encéphaloïde.

CONCRÉTIONS POLYPEUSES DU COEUR; SYMPTÔMES D'ASPHYXIE; MORT. — L'histoire des concrétions sanguines du cœur est loin d'être faite encore. On les regarde généralement comme un résultat dû au ralentissement de la circulation pendant une longue agonie. On rencontre cependant des cas où, pour expliquer les symptômes qui ont amené une mort rapide chez des sujets dont les forces sont loin d'être épuisées, on ne trouve que ces polypes. Tel est le cas suivant que nous extrayons de la thèse de M. Sonnié Moret. Reine Mercier, âgée de deux ans, d'une assez bonne constitution, entra le 9 octobre 1832, dans le service de M. Baudelocque. Elle offrait les symptômes suivans : oppression, quintes de toux assez vives, et expectoration peu abondante et sans caractères; sonoréité normale; un peu de sibilance des deux côtés du thorax. (Vésicat.; emplâtre stibié sur le thorax).

Le 22 octobre au matin, respiration difficile; face et lèvres violacées. (Prescription, saignée ℥ ij, qui n'est faite que le soir). Le 23 au matin, la dyspnée était toujours considérable, et le soir l'asphyxie paraissant imminente, je me déterminai à pratiquer une nouvelle saignée. Je tirai trois onces de sang qui fournit un caillot fibreux très-riche. L'état de la malade ne fut pas sensiblement amélioré; elle mourut à six heures du matin.

Le larynx ne présentait aucune tuméfaction de sa membrane interne; les poumons étaient sains dans leur partie supérieure et antérieure; le lobe inférieur était hépatisé en rouge, à droite, et simplement engoué à gauche. Le cœur était contracté. L'oreillette droite était fortement distendue par un caillot fibrineux très-considérable, d'une assez grande consistance en certains points, comme infiltré de sérosité en d'autres points. Le reste du cœur n'offrait rien de remarquable, non plus que les nerfs pneumo-gastriques,

La pneumonie, bornée à un seul lobe, était trop peu avancée pour être la cause unique de la mort. Les accidens signalés dans les deux derniers jours de la vie se lient trop bien d'ailleurs avec la présence d'un obstacle à la circulation cardiaque, pour qu'on ne voie pas la cause de l'asphyxie dans le caillot qui remplissait l'oreillette. On rencontre même des cas où la mort arrive presque subitement, et où l'examen des symptômes ne permet pas de l'attribuer à une autre cause qu'à ces caillots développés dans l'une ou l'autre des cavités du cœur. (*Propos.*, Th., 1836, N.° 37, par M. L. H. Sonnié-Moret).

Sur la gale et l'insecte qui la produit. — La découverte de l'acarus a fait le sujet de la thèse de M. Renucci, (Th., 1835, N.° 83), que nous n'analyserons pas; puisque les faits qu'elle contient sont assez connus de nos lecteurs. M. Aubé s'est occupé à son tour du mode de transmission de la gale par le moyen de l'acarus. Frappé de la rareté de l'infection parmi les infirmiers et les médecins chargés du service des galeux, il dut en rechercher la cause. Un grand nombre de malades interrogés sur la manière dont ils avaient contracté cette maladie, l'assurèrent qu'ils avaient couché avec des galeux; le nombre de ceux qui accusaient ce mode de contagion était à ceux qui l'avaient contractée en touchant seulement des individus malades :: 100 : 5. M. Aubé pensa dès-lors que l'acarus était un animal nocturne, ce que ses observations et une expérience faite sur lui-même paraissent prouver. L'animal caché sous l'épiderme pendant le jour, se promène pendant la nuit, pique la peau en divers endroits, ce qui explique fort bien et la rareté de la contagion pendant le jour, et le petit nombre des sillons que l'on remarque à la peau, bien qu'il y ait un grand nombre de vésicules; enfin les démangeaisons violentes qui n'existent guères que le soir. L'expérience directe avait d'ailleurs démontré déjà à M. Gras, que le liquide des vésicules n'était point susceptible de communiquer la gale, ces vésicules ne sont donc elles-mêmes que le résultat de la piqûre de l'acarus. Conclusion : la gale n'est qu'une affection symptômatique de la présence de l'acarus, contagieuse seulement par la transmission de cet animal nocturne. Tout traitement de la gale devra donc avoir pour but la mort de l'acarus ou de ses œufs. L'essence de térébenthine paraît devoir atteindre facilement ce double but. (Ch. Aubé, *Considérations générales sur la gale et l'insecte qui la produit.* Th., Paris, 1836, N.° 60).

Endocardite aigue. — L'endocardite est une maladie en quelque sorte à l'ordre du jour. Parmi plusieurs thèses soutenues sur

ce sujet, nous avons remarqué la suivante qui, quoiqu'elle ne présente rien de neuf à proprement parler, n'en renferme pas moins des faits importans pour l'histoire de l'endocardite. Le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est une tendance un peu trop exclusive vers certaines idées. Après un historique de quelques pages, l'auteur donne cinq observations détaillées, dont quatre avec autopsie. Il traite ensuite l'histoire générale de l'endocardite, appuyée non-seulement sur les observations dont nous venons de parler, mais encore sur d'autres faits qu'il n'a pu rapporter en détail. Nous ne citerons pas ici sa discussion sur les causes de la rougeur de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux. Toutes les opinions émises à ce sujet sont discutées; il a repris lui-même les recherches de Chaussier, de MM. Rigot et Trousseau, les expériences de Saisse, et en résumé il croit pouvoir admettre comme caractère anatomique d'une inflammation, une rougeur écarlate, avec coagulation du sang, trouvée à une époque rapprochée de la mort, chez un sujet qui, pendant la vie, a présenté des signes d'inflammation des organes circulatoires. Comme causes d'endocardite, M. Cazeneuve signale entr'autres la fièvre typhoïde (deux de ses observations ont été recueillies chez des malades atteints de cette affection), les fièvres éruptives, les phlegmasies des autres séreuses. Il rapporte à ce sujet une observation curieuse. La paracentèse abdominale, pratiquée dans trois cas pour des hydropisies symptômatiques d'une inflammation des séreuses thoraciques, a déterminé trois fois une péritonite aiguë qui devint mortelle chez deux des malades. Les symptômes qui distinguent l'endocardite de la péricardite, sont l'absence de douleurs à la région précordiale, les battemens précipités et superficiels du cœur, leur défaut d'harmonie avec ceux du pouls. Les bruits de soufflet, qui remplacent d'ordinaire les bruits valvulaires, sont plus superficiels que dans la péricardite. M. Cazeneuve n'a pas observé la voussure thoracique signalée par M. Bouillaud. Comme ce dernier observateur, il a vu des cas où le pouls est large, fréquent et dur, sans que la chaleur de la peau soit augmentée, sans, qu'en un mot, il y ait fièvre. Le pronostic de l'endocardite, si elle est simple, ne sera grave en général qu'autant que négligée elle passera à l'état chronique, et déterminera les incrustations des valvules. Dès-lors les émissions sanguines feront la base du traitement. M. Cazeneuve a vu la digitale et les vésicatoires à la région précordiale, employés trop près de la période irritative, déterminer une aggravation des symptômes qui a cédé à un nouvel emploi des antiphlogistiques. (*Essai sur l'endocardite aiguë*, Th., P. 1836, N.° 14, par B. V. Cazeneuve).

COLITE PSEUDO-MEMBRANEUSE (*Dissertation sur la*). — Tel est le titre d'une thèse où l'on trouve trois observations remarquables d'inflammation du colon avec exsudation de fausses membranes à sa surface. Les deux premiers faits sont relatifs à des hommes qui, après des excès de liqueurs extrêmement fortes, furent pris de coliques atroces, de nausées, de vomissemens. La diarrhée, chez le premier, succéda à la constipation. Au moment où il semblait devoir périr, il rendit une pseudo-membrane longue de 26 pouces, et dès-lors les accidens se calmèrent. Le deuxième eut d'abord des selles, puis elles se supprimèrent. Il succomba le neuvième jour, à une hémorrhagie intestinale. Outre les lésions anatomiques de l'inflammation, le colon était recouvert, dans une grande étendue, d'une pseudo-membrane d'une ligne d'épaisseur. décollée inférieurement; entre elle et la muqueuse était une couche de sang noirâtre : la muqueuse laissait sourdre le sang à sa surface. Dans le troisième fait, enfin, que l'auteur doit à M. Ménière, et qui est le plus important par les détails dont il est entouré, il s'agit d'un enfant qui succomba à une fièvre typhoïde et à des vers intestinaux; les selles avaient été, dans les derniers jours, abondantes, fétides, sanguinolentes. Le gros intestin extrêmement enflammé, épaissi, etc., était recouvert, dans toute sa longueur, d'une pseudo-membrane blanchâtre, épaisse et assez adhérente. L'auteur fait suivre les observations, que nous n'avons pu indiquer plus longuement, d'une histoire générale de la colite pseudo-membraneuse, qui n'aura pas la même valeur que les faits qui la précèdent, car elle est prise trop en dehors de ces faits, et il y règne un peu de confusion. (J. H. E. Serres, Th., Paris, 1836, N.° 39).

Académie royale de Médecine.

Séance du 25 *octobre.* — Après la lecture de la correspondance officielle et manuscrite, l'Académie procède à la composition de la commission qui, d'après la demande de M. Louis, doit rédiger l'instruction relative aux questions soulevées par la lettre de M. Costallat, sur la phthisie. Les membres de la commission seront MM. Louis, Villermé, Gerardin, Guersent, Roche, Bouillaud et Rochoux.

RECHERCHES CHIMIQUES ET MÉDICALES SUR L'URINE DE L'HOMME.

— M. Laurent fait un rapport sur un travail de M. Duvernoy, médecin à Stuttgard. Ce médecin considère l'examen des qualités de l'urine pendant le cours des maladies, comme pouvant fournir des documens très-importens, soit pour le diagnostic, soit pour le pronostic. M. Duvernoy n'a rien trouvé dans ses recherches chimiques à ajouter à ce qu'a dit M. Berzelius. Sous le rapport de la séméiotique, voici les conclusions auxquelles l'ont conduit son observation : Dans les affections fébriles, l'urine est en petite quantité et d'une couleur foncée ; le déclin de la fièvre est marqué par le dépôt d'un sédiment rouge, briqueté ou rose ; enfin, le mouvement fébrile développe l'acidité de l'urine. — Ce rapport donne lieu à quelque discussion. M. Chevallier pense que l'auteur du mémoire a tort de regarder comme un fait propre à l'état fébrile, l'abondance des acides dans l'urine. On l'observe dans beaucoup d'autres circonstances, après une marche forcée, un repas copieux, etc. M. Chevallier ajoute que les eaux de Vichy ont une propriété fort remarquable pour dissoudre les calculs d'acide urique. Il a expérimenté qu'un calcul pesant 34 grains ne pesait plus que 8 grains après avoir été plongé quelques jours dans cette eau minérale. — M. Bouillaud trouve qu'on néglige trop aujourd'hui l'examen de l'urine. Il a observé que les urines naturellement très-acides conservent cette acidité dans toutes les maladies inflammatoires. Que dans la fièvre typhoïde on retrouve cette acidité dans la première période ; qu'ensuite les urines deviennent alcalines et reprennent leur acidité dans la convalescence. M. Bouillaud n'a que rarement rencontré les urines bourbeuses, jumenteuses dont parlent certains auteurs. Il a du reste toujours pris la précaution de faire des expériences sur l'urine encore chaude. — M. Orfila, dès 1824, a fait des observations analogues à celles de M. Bouillaud ; de plus, c'est au moment même de l'émission des urines qu'il a expérimenté. Un morceau de papier bleu exposé à leur jet est devenu rouge ou vert suivant l'état acide ou alcalin. L'alcali de l'urine est du carbonate d'ammoniaque qui provient de l'urée, fait qui prouve que pendant la vie même, les substances animales sont susceptibles de décomposition. — M. Martin Solon fait remarquer qu'il importe d'apporter une grande attention à la nature des vases qui reçoivent l'urine des malades, et à ce qu'ils contiennent, pour apprécier exactement les modifications de ce fluide, et ne pas attribuer a un état pathologique ce qui est la conséquence d'une simple réaction chimique de ses élémens sur la matière de ces vases. On doit regarder les maladies des reins comme les plus

propres à altérer la composition de l'urine. M. Dupuy explique pourquoi les urines dites *jumenteuses* sont rares chez l'homme, et communes au contraire chez les herbivores. Cette apparence est due à la présence du sous-carbonate de chaux qui abonde dans l'urine de ces animaux, et qui au contraire manque, ou du moins ne se montre que fort rarement dans l'urine humaine. M. Blandin s'est assuré que les urines deviennent alcalines non-seulement dans les maladies des reins, mais encore dans celles du reste des voies urinaires. Il suffit de placer une sonde dans la vessie pour amener cette alcalinité. — M. Ollivier rappelle que Dupuytren avait remarqué au contraire que dans le cas de paralysie de la vessie, l'acide urique devenait tellement prédominant dans l'urine, qu'il se déposait en couche sur ses parois. M. Guibourt croit devoir présenter une observation à propos de la décomposition de l'urine hors de la vessie. Cette décomposition n'a point lieu tant que les vases qui contiennent de l'urine restent bien clos ; elle peut ainsi conserver pendant très-longtemps ses qualités ; mais dès qu'a lieu le contact de l'air, elle devient alcaline. — M. Roux ne croit pas que l'urine puisse se décomposer dans la vessie. Il l'a vu sortir claire et limpide après les rétentions de toute espèce ; ce n'est que quand la vessie irritée fournit du mucus purulent, que l'urine sort altérée, et alors c'est ce mucus qui produit de l'ammoniaque. — M. Ségalas admet tout-à-fait l'opinion de M. Roux. Il ajoute que le peu d'absorption qui s'exerce à la surface de la muqueuse vésicale, explique dans les rétentions les plus prolongées comment l'urine peut rester limpide. Ce peu de force absorbante lui est démontrée par une expérience qu'il a plusieurs fois répétée. Il a pu injecter dans la vessie d'un chien jusqu'à deux gros d'extrait alcoolique de noix vomique, sans produire d'accidens graves. — Le rapport de M. Laurent et ses conclusions sont adoptés.

ACARUS DE LA GALE. — *Mémoire de M. Albin-Gras. — Rapporteurs, MM. Biett, J. Cloquet et Maury.* — Dans son mémoire, M. Albin-Gras a établi que : l'*acarus scabiei* existe chez tous les galeux, et qu'il est à présumer qu'on le trouverait toujours, si on le cherchait avant le traitement ; que du reste l'acarus détruit, les effets qu'il a produits peuvent persister et se reproduire pendant un temps plus ou moins long ; alors le mal n'est pas contagieux. Que l'acarus est le seul agent de la contagion de la gale ; enfin que l'insecte détermine l'éruption psorique par une irritation très-probablement spécifique. M. Emery revendique pour M. Renucci la priorité de la plupart des opinions émises par M. A. Gras. C'est M. Renucci

qui a le premier retrouvé l'acarus, et surtout indiqué son siége précis. M. Renucci a encore formellement énoncé que l'acarus était l'agent exclusif de la contagion. Quant à cette idée, propre à M. Gras, que l'insecte provoque l'éruption galeuse par le dépôt d'un venin spécial, M. Emery fait la remarque que M. Gras se fonde sur ce qu'il n'y a aucun rapport entre le nombre des vésicules et celui des acarus. Or, M. Emery a des raisons de croire qu'on confond les vésicules de la gale avec l'eczéma qui la complique le plus souvent, et qu'il est difficile de l'en distinguer si on n'a pas l'habitude de cette observation. M. Biett prend la parole pour rectifier une assertion qu'on lui attribue. Il n'a point dit que quelquefois les symptômes de la gale semblaient indiquer la présence de l'acarus, quoique cet insecte n'existât pas. Il a cherché l'occasion de vérifier cette idée, qui n'est pour lui qu'une supposition, et les faits lui ont manqué. Elle s'appuie, en tous cas, sur l'autorité d'auteurs recommandables. Ni M. Renucci ni M. Gras n'ont le mérite de la priorité de la découverte de l'acarus. M. Renucci n'a que celui d'avoir définitivement indiqué son siége. M Gras n'est pas non plus le premier qui ait remarqué que le nombre des acarus est en disproportion avec celui des vésicules galeuses. Un médecin anglais de Madère l'avait déjà annoncé. — M. Maury cite deux cas qui démontrent qu'en effet l'acarus est susceptible de transmettre la gale. M. Pariset l'a ainsi inoculée à deux aliénés. L'un d'eux l'a répandue dans sa famille, et l'autre a guéri de son affection mentale.

Séance du 3 novembre. — La correspondance présente quelques communications importantes. On remarque surtout une lettre de M. Serre de Montpellier, qui annonce que sur 70 opérations de cataractes qu'il a pratiquées il a obtenu 62 succès. M. Serre n'opère que d'un côté et le plus souvent par abaissement. On remarque encore l'histoire d'une grossesse quadruple, par M. Pécot, de Besançon, et celle de l'excision d'un kyste volumineux sur le trajet de la parotide, par le même.

VACCINE. — M. Girard annonce qu'il vient de voir à Rambouillet plusieurs vaches qui portaient sur les mamelles une éruption qui a toutes les apparences du cow-pox. Le virus inoculé à deux enfans a produit des boutons semblables à ceux de la vaccine. La matière de ces boutons transmise à d'autres enfans a donné le même résultat. M. Girard rédige en ce moment les notes qu'il a recueillies pour les communiquer à l'Académie. Il s'est en outre muni du virus pour expérimenter aux prochaines vaccinations.

Sur la demande de M. Bousquet, relative au volume des boutons qu'a donnés l'inoculation, M. Girard répond qu'ils ne différaient en rien de ceux de la vaccine. M. Bousquet doute alors que M. Girard ait observé le cow-pox ; du moins, celui trouvé dernièrement à Passy a constamment provoqué l'éruption de boutons qui avaient le double en volume des boutons du vaccin ordinaire. D'un autre côté, la marche de l'éruption a été beaucoup plus longue ; les croûtes ne tombent guère qu'au 28.e jour, et M. Bousquet en a vu ne tomber qu'au 33.e ; d'où il suit qu'on peut prendre encore avec succès le nouveau virus le quatorzième et même le quinzième jour. M. Bousquet, se fondant sur ces observations, n'admet pas davantage qu'on ait retrouvé le cow-pox à Amiens, puisque là encore l'éruption obtenue n'a presque différé en rien de celle de la vaccine ordinaire. Si le virus de Passy est *définitivement* le vrai cow-pox, celui de Rambouillet et d'Amiens ne peut l'être, il faut opter. M. Dupuy pense que la difficulté qu'on éprouvera long-temps à distinguer le cow-pox vrai du cow-pox faux, vient de la négligence avec laquelle Jenner a décrit le premier. M. Esquirol émet l'opinion que, sans entrer davantage dans ces digressions, il importe que l'Académie entende le plus tôt possible la communication qu'a promise M. Girard. Sur l'observation faite par un membre, que les usages académiques renvoient cette communication à la commission de vaccine, qui doit avant tout en prendre connaissance, le renvoi est mis aux voix et adopté.

OPÉRATION DE L'EMPYÈME; *observation par M. Roux.* — A l'occasion du rapport sur le mémoire de M. Faure (séance du 28 octobre), M. Roux avait parlé d'une opération d'empyème qu'il avait pratiquée avec succès. Ce succès n'a pas été complet, mais au moins la santé du malade a pu se soutenir encore pendant plusieurs années. Cette observation est assez intéressante pour que M. Roux ait cru utile de la communiquer à l'Académie ; en voici la substance. M. Ch., de Fontainebleau, âgé de 32 ans, d'un tempérament lymphatique, mais très-irritable, éprouvait depuis long-temps, dans le côté droit de la poitrine, des douleurs qu'on croyait rhumatismales. M. Roux, consulté, reconnut promptement les signes d'un épanchement considérable. La respiration était extrêmement gênée. M. Ch. ne pouvait se livrer au moindre exercice sans être menacé de suffocations ; il passait presque toutes les nuits assis sur son lit. Les ressources de la thérapeutique médicale étant épuisées, M. Roux conseilla l'opération de l'empyème, qui fut acceptée. M. Roux avait conçu d'abord l'idée de ne faire

qu'une ponction pour ne laisser écouler qu'une petite quantité du liquide épanché, puis de fermer immédiatement la plaie pour la renouveler à de courts intervalles; mais l'éloignement du malade, qui ne pouvait quitter Fontainebleau, fit changer la détermination de M. Roux. Après une incision faite à la peau, un trois-quarts fut enfoncé dans le quatrième ou cinquième espace intercostal, en comptant de bas en haut; un liquide trouble et floconneux s'écoula de suite par la canule. Dès qu'on en eut obtenu 12 ou 15 onces environ, on en suspendit l'écoulement; une sonde de gomme élastique, coupée très-court, fut substituée à la canule, et bouchée. Tous les deux jours, on devait la déboucher pour donner une nouvelle issue à la matière de l'épanchement. Le soulagement du malade fut instantané, et se soutint jusqu'au dixième jour, époque où, sans cause apparente, des accidens généraux graves se déclarèrent, en même temps que le liquide de la poitrine devenait lactescent et fétide. Des adoucissans furent alors prescrits sous diverses formes, des injections furent faites dans la poitrine, avec les décoctions d'orge et le miel rosat. Peu à peu les accidens se modérèrent; le seizième jour, il était sorti six litres du liquide de la poitrine. Bientôt il devint entièrement purulent, et il diminua tellement de quantité, qu'il ne s'en écoula plus que deux à trois onces à chaque pansement. Enfin il cessa tout-à-fait, et M. Ch. put reprendre ses occupations; mais il resta obligé à beaucoup de ménagemens qu'il négligea trop souvent. Il est mort de pneumonie plus de quatre ans après l'opération.—M. Cruveilhier prend la parole, et exprime l'opinion que si la théorie est en faveur du mode opératoire qu'a suivi M. Roux, et qui consiste à ne laisser écouler que peu à peu le liquide d'un épanchement dans les cavités séreuses, la pratique ne lui est pas également favorable. M. Cruveilhier s'étaie d'un fait qui lui est propre : Une jeune personne, âgée de 16 à 17 ans, était affectée d'ascite considérable; M. Cruveilhier pratiqua la ponction abdominale, et ne laissa écouler d'abord que deux livres de liquide, et ainsi de suite chaque jour. A la troisième évacuation, une péritonite suraiguë éclata et emporta la malade. M. Cruveilhier considère d'ailleurs la ponction de la poitrine comme exempte de toute gravité par elle-même. Il l'a fait pratiquer souvent à la Maternité, où la pleurésie puerpérale est aussi commune que la péritonite.

L'Académie se forme en comité secret pour l'audition des rapports sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne. Les candidats présentés par ordre alphabé-

tique, sont : MM. Dubois d'Amiens, Jolly, Leuret, Téallier, Trousseau et Voisin.

Séance du 8 *novembre*. — CORRESPONDANCE. — MM. Leuret, Trousseau et Voisin écrivent qu'ils se retirent de la candidature pour la place vacante dans la section de médecine. — Après le dépouillement de la correspondance, l'Académie procède à la nomination du membre qui doit remplir cette place. MM. Dubois, Jolly et Téallier restaient seuls compétiteurs. — M. Dubois a été nommé.

Séance du 15 *novembre*. — Après le dépouillement de la correspondance, M. le président annonce qu'une nouvelle place de membre-résident de l'Académie est vacante par suite du décès de MM. Parent-Duchatelet, Boisseau et Canin. — L'Académie aura à nommer dans la prochaine séance la commission chargée de décider dans quelle section la vacance devra être remplie.

FASCICULES DES MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE. — M. Bousquet propose de réunir dans le même volume les trois mémoires suivans : 1.° mémoire de MM. Trousseau et Belloc, sur la phthisie laryngée ; 2.° mémoire de M. Risueno de Amador, sur l'influence de l'anatomie pathologique depuis Morgagni ; 3.° mémoire de M. Saucerotte, sur le même sujet. — La proposition de M. Bousquet mise aux voix est adoptée.

PNEUMONIE DES BOEUFS. — M. Dupuy fait un rapport sur un ouvrage de M. Lessona, professeur de médecine vétérinaire à Turin. La pneumonie des bœufs, attribuée à une fonte tuberculeuse des poumons, est généralement considérée comme contagieuse. M. Lessona s'attache à combattre cette opinion, et s'appuie sur de nombreuses observations qu'il a faites, et desquelles il résulte que beaucoup de bœufs sains ont pu impunément rester dans les mêmes étables avec des bœufs malades. M. Dupuy regrette que M. Lessona n'ait pas eu recours à des expériences directes pour éclairer cette question importante.

EMPYÈME. — *Discussion*. — M. Rochoux ramène toute la question à l'anatomie pathologique. Il admet avec Laennec, que ce qui est un obstacle au succès de l'opération ; c'est le retrait du poumon et la difficulté qu'éprouve son tissu à recouvrer son expansion normale après un épanchement. Mais M. Rochoux n'admet point comme cause ordinaire de cette difficulté de l'expansion pulmonaire, les couches de fausses membranes que Laennec a signalées. M. Rochoux ne les a observées que rarement. La cause réelle serait l'épaississement et la résistance de la plèvre elle-

même, résistance d'autant plus facile à concevoir, que cette séreuse est doublée, ainsi que l'a démontré un anatomiste allemand, d'une couche fibreuse qui enveloppe immédiatement l'organe. Qu'on ouvre la poitrine une seule ou plusieurs fois ; qu'on évacue le liquide épanché d'un seul coup ou progressivement ; qu'il pénètre de l'air ou non, peu importe. La condition exclusive du succès, est d'opérer assez à temps pour prévenir l'affaissement absolu du parenchyme pulmonaire et l'épaississement de la plèvre.—M. Velpeau pense que la condition première est bien plutôt de s'enquérir de la nature de l'épanchement et de ses causes. Quand la matière épanchée est du sang, M. Larrey ferme d'abord la plaie extérieure, s'il en existe, et fait ensuite une ponction. Si c'est du pus, et si ce pus vient du poumon, l'opération est complètement inutile; dans le cas où ce sera de la sérosité, s'il y a maladie du cœur, même contre-indication. — M. Larrey s'étonne de toutes les questions incidentes que soulève l'opération de l'empyème. Il la regarde comme entièrement exempte de danger par elle-même. C'est la *corruption* de la matière de l'épanchement qui est seule à redouter. On l'évitera le plus souvent en vidant la poitrine d'un seul coup ; aussi en fait-il un précepte majeur. M. Larrey a pratiqué dix à douze fois avec succès l'incision du thorax pour des épanchemens de sang. Plusieurs des opérés existent encore aux Invalides, et M. Larrey les présentera à l'Académie si on le désire. — M. Louis répond à l'opinion émise par M. Velpeau, sur la nécessité de s'assurer avant d'opérer, de la nature et de la cause de l'épanchement thoracique. Il résulte de ce qu'a dit M. Velpeau, que les épanchemens dus à une pleurésie sont à-peu-près les seuls qui autorisent la paracentèse du thorax. Or, M. Louis a eu l'occasion d'observer, la première année de son service à la Pitié, 150 cas de pleurésie. Le traitement a consisté en des saignées modérées, et tous les malades ont guéri. M. Louis note que tous ces malades avaient été pris de pleurésie au milieu de la santé la plus parfaite. Si l'opinion de M. Velpeau doit prévaloir, la conclusion est, d'après les faits, que l'opération de l'empyème devra être très-rarement mise en pratique. — M. Bricheteau possède un fait qui prouve que dans les cas les plus désespérés en apparence, l'opération de l'empyème peut avoir les plus heureux résultats. Un homme issu de parens tuberculeux, présentant lui-même toutes les apparences de cette constitution, était entré à la Charité pour une lésion pulmonaire qui, d'après la description qu'il fournit, paraît être une gangrène partielle. Entré plus tard à Necker, il fut affecté d'un

épanchement qui exigea la parencenthèse du thorax. Sept pintes de liquide environ furent évacuées. Six mois après, un nouvel épanchement exigea une nouvelle opération : il y a aujourd'hui quatorze mois qu'elle a été pratiquée. La guérison paraît assurée. M. Bouillaud trouve très-naturel qu'on recherche l'indication avant de s'occuper du procédé de l'opération. Cela suppose qu'on possède des données sur la mortalité de la pleurésie. Si M. Louis n'a pas perdu un malade sur 150 qu'il a traités, ce pourrait bien n'être que l'effet du hasard, car M. Faure en deux ans a constaté neuf épanchemens, et depuis vingt ans que M. Bouillaud observe, il a vu plusieurs pleurésies mortelles. Laennec veut qu'on se presse d'opérer, ce qui semble indiquer qu'il ne jugeait pas l'inflammation de la plèvre une maladie si simple. La pleurésie, dans son début, peut n'être en effet qu'une lésion peu grave, mais ses progrès doivent faire craindre un épanchement funeste ; c'est ce qu'a vu M. Bouillaud, et cependant il connaît un traitement *plus efficace que les saignées modérées*. — M. Louis se lève pour rappeler la remarque qu'il a faite, que les sujets qu'il avait traités jouissaient de la santé la plus parfaite au moment où ils avaient été atteints de pleurésie. Cette condition est majeure dans l'issue des maladies. C'est ainsi que la péricardite est, dans ce cas, une maladie assez peu grave. Il en est de même de l'érysipèle du cuir-chevelu, dont M. Chomel n'a vu mourir qu'un malade depuis deux ans. — M. Bouillaud accepte la condition dont parle M. Louis, et n'en persiste pas moins dans son opinion. Lui aussi, il n'admet plus la grande gravité qu'on avait donnée à l'érysipèle de la tête. Il a cependant perdu un malade, mais il n'avait fait pratiquer que *deux saignées*. La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Séance du 22 novembre. — CORRESPONDANCE. — Une lettre de M. Bouvier, sur l'orchite, renouvelle la discussion qui déjà s'était élevée à ce propos dans l'Académie. M. Roux n'admet point que ce soit le plus souvent à l'irritation de la tunique vaginale et à l'épanchement dont elle devient le siège, qu'est due la tumeur, mais qu'elle dépend du gonflement du testicule lui-même. M. Rochoux persiste dans l'opinion opposée. Sur cent cas d'orchite blennorrhagique, 88 fois il a pu reconnaître l'épanchement dans la tunique vaginale. — M. J. Cloquet a vu que c'était l'épidydime qui s'affectait dans ces cas, en même temps il est vrai qu'un épanchement se faisait le plus souvent dans la tunique vaginale, mais le testicule reste étranger à l'engorgement. M. Roux admet qu'en effet c'est par l'épidydime que la tumeur commence. Mais il ne sépare point l'épidydime du testicule.

EMPYÈME. (*Suite de la discussion*).—M. Dupuy ayant avancé dans la dernière séance que les chevaux étaient fréquemment atteints de pleurésie, et que c'était pour ces animaux une maladie funeste, M. Barthelemy prend la parole sur ce fait. Oui, les chevaux sont fréquemment atteints de pleurésie; et cela se comprend. Mais pour ce qui est de la gravité de cette inflammation, il importe de distinguer les cas où le traitement a été suffisant, de ceux où il n'a pas été poussé assez énergiquement. Si l'on a recours promptement à des évacuations sanguines abondantes et rapprochées, la pleurésie est facilement guérie. Dans le cas contraire, il se fait fréquemment des épanchemens avec production d'épaisses fausses membranes, etc. — Sous le rapport de la paracentèse du thorax sur les chevaux, si on la pratique à la fin de la maladie, une simple ponction hâte la mort; c'est ce qu'ont constaté Godier de Lyon, Volpi de Milan, etc. Peut-on espérer du succès de l'opération au début? On a à redouter l'introduction de l'air; MM. Trousseau et Leblanc ont observé, il est vrai, que cette introduction est peu nuisible, si le séjour de l'air n'est que momentané; mais pour peu qu'il se prolonge, il surviendra une inflammation redoutable, et c'est un fait désormais admis en chirurgie-vétérinaire, que l'opération de l'empyème est presque toujours sans résultat. — M. Cruveilhier reprend la discussion à son point de départ. Quand, dit l'honorable membre, j'ai ouvert cette discussion à l'occasion de l'observation de M. Roux, j'en ai ainsi posé les termes : L'opération de l'empyème étant reconnue, comment convient-il d'évacuer la matière de l'épanchement? Faut-il que l'évacuation soit faite en entier d'un seul coup, ou à plusieurs reprises? Je me suis prononcé pour le premier procédé, en me fondant sur une observation qui m'était propre et que je vous ai communiquée, et qui, malgré qu'il se soit agi d'une ascite et non d'un épanchement thoracique, n'en avait pas moins trait directement à la question, car ici tous les épanchemens se tiennent. Si la théorie semble favorable au second procédé, qui ne veut qu'une évacuation progressive, les faits la contr'indiquent, c'est du moins mon opinion. On a généralement présenté l'introduction de l'air dans la poitrine, comme le danger le plus grand que fasse courir l'évacuation subite de la matière d'un empyème. Pelletan et Dupuytren étaient d'accord sur ce point; ils n'ont différé que sur la manière d'éviter cette pénétration de l'air. J'ai voulu, dit M. Cruveilhier, m'assurer de la réalité de son danger. J'ai ouvert la poitrine d'un côté sur un chien; d'abord par une incision étroite, l'animal n'a pas paru en ressentir la

moindre impression. J'ai ensuite agrandi l'incision, m'attendant à voir le poumon s'affaisser brusquement sous la pression de l'air. Il n'en a point été ainsi ; à chaque inspiration le poumon se dilatait et repoussait l'air en dehors du thorax, assez fortement pour éteindre une chandelle. La poitrine de l'animal a été ouverte du côté opposé, et les deux poumons ainsi exposés à la pression atmosphérique ; c'est à peine si la respiration a paru gênée. Cette expérience avait déjà été faite. Un jeune médecin s'était présenté à Van-Swieten, et lui avait demandé ce qui devait arriver quand la poitrine d'un animal serait ouverte des deux côtés. Van-Swieten ayant répondu que la mort devait être instantanée, le jeune médecin tira alors de dessous ses habits un chien qui avait subi cette double incision du thorax, et qui respirait librement. Alors Van-Swieten attribua le fait à ce que les incisions du thorax étaient moindres que l'ouverture de la glotte. M. Cruveilhier s'est assuré que la largeur des incisions n'y fait rien. La conclusion de tout cela, dit en terminant M. Cruveilhier, c'est que l'introduction de l'air dans la poitrine après l'opération de l'empyème, ne joue qu'un faible rôle dans le développement des accidens qui peuvent la suivre ; c'est bien plutôt à la présence des canules, des tentes, et autres moyens consécutifs employés, qu'il faut les attribuer. — M. Larrey rédige en ce moment un travail sur le sujet qui s'agite, et en fera part incessamment à l'Académie. — M. Castel n'admet point de pleurésie simple. Il invoque Morgagni pour le démontrer!! Il n'admet pas davantage que la saignée coup sur coup soit un moyen efficace, comme on l'a dit. — M. Piorry insiste de nouveau sur la nécessité de bien s'entendre sur l'indication de l'opération de l'empyème, point le plus culminant dans la question. Il admet que l'ouverture d'un seul côté de la poitrine ne donne point lieu à de graves accidens. Mais d'après les faits qui lui sont propres, il n'en est plus de même quand l'ouverture a lieu des deux côtés ; la mort est prompte. — M. Amussat est frappé aussi de la contradiction des expériences de M. Cruveilhier avec celles de Bichat, qui a constamment vu que la mort de l'animal suivait l'ouverture de la poitrine, quand elle était tenue bien béante. Il faut que cette condition n'ait pas existé sur le chien qui a fait le sujet des expériences de M. Cruveilhier. — M. Cruveilhier soutient de nouveau tout ce qu'il a avancé. — M. Gimelle a vu huit opérations d'empyème, cinq fois pour pleurésies aiguës, trois fois pour d'autres causes. L'opération a toujours été immédiatement suivie du soulagement des malades ; mais huit ou dix jours après, une fièvre intense s'est déclarée

L'air s'engouffrait dans la poitrine, et la matière de l'épanchement avait contracté la plus horrible fétidité. Tous les opérés sont morts, et à l'autopsie le poumon a été trouvé refoulé et affaissé sous une couche épaisse de fausses membranes..

VARIÉTÉS.

Ouverture des cours à la Faculté de Médecine de Paris. Séance publique: discours du prof. CRUVEILHIER. — *Création d'une chaire de pathologie et de thérapeutique générale à la Faculté de Montpellier, etc.*

Ce n'était pas sans une certaine curiosité inquiète qu'on attendait la séance solemnelle par laquelle s'ouvrent chaque année les cours de l'Ecole de Médecine de Paris. Les évènemens de l'année dernière, dont le souvenir était encore tout récent, pouvaient bien donner lieu à ce sentiment d'inquiétude. Mais il était certainement exagéré. Il ne faut pas oublier que les scandales qui ont affligé la Faculté à la suite du dernier concours, n'ont eu pour auteurs qu'un très-petit nombre d'individus, et que passé le premier entraînement, il sera toujours facile de ramener par une fermeté et par une bienveillance éclairées la jeunesse de nos Ecoles que tant de causes concourent à égarer. Dans ces troubles momentanés, on doit faire la part de cette influence du mauvais exemple, et surtout de cet esprit d'écolier qui porte à censurer ses maîtres, à s'insurger contre leurs opinions et leurs actes, esprit frondeur qui, compagne ordinaire de l'enfance et de la jeunesse, nous conduit souvent, tous tant que nous sommes, dans d'autres âges de la vie. Mais la justice et la raison, si accessibles aux jeunes ames, reprennent bientôt leurs droits. Pour les soustraire à de mauvaises suggestions, il suffirait d'opposer la réalité aux déclamations et aux censures intéressées de certaines gens; il ne faudrait que montrer, quelques réformes qu'elles réclament encore, ce que sont nos institutions actuelles; ce qu'est, dans cette Faculté de Paris invectivée chaque jour, l'enseignement de la médecine, comparé à ce qu'il était au temps où cette même Ecole était composée des illustrations les plus grandes, à part le talent personnel de chaque professeur. Et d'ailleurs quels sont les talens supérieurs laissés en dehors de l'Ecole (nous défions que l'on puisse sortir ici du vague des accusations, et que l'on ose mettre en avant les noms propres)? Dans quel temps l'enseignement a t-il été plus régulier, plus complet? Jamais les cliniques

médicales et chirurgicales ont-elles été faites avec plus d'ardeur et de zèle ; jamais y eut-il sur toutes les branches de la médecine autant de cours qui aient attiré l'affluence des élèves. Sans doute, et nous le reconnaissons tous les premiers, il y a des abus à réformer, des améliorations à introduire dans le système actuel de la Faculté de Médecine de Paris. Mais, en vérité, quand on voit les motifs de certaines critiques et l'absurdité de certaines propositions, on n'a plus le courage d'émettre ses idées de censure et de réforme.

Quoi qu'il en soit, les espérances des fauteurs de bruit et de scandale ont été trompées, grâces au bon sens des élèves et à la parfaite convenance du discours prononcé dans la séance publique. L'orateur pour cette année était M. Cruveilhier. Ce professeur est un de ceux qui sont le plus aimés et le plus estimés des élèves, à cause de son zèle pour leur instruction et pour la science en général, et encore à cause de son caractère droit et de l'aménité de ses manières. Après avoir payé à la mémoire de l'illustre Antoine de Jussieu, l'éloge qui lui était dû dans une Faculté dont il avait été membre, M. Cruveilhier a traité la question des *devoirs et de la moralité du médecin*. Ce texte qui, dans beaucoup de bouches, eût paru peut-être un sujet banal, a tiré du caractère de l'orateur un fonds puissant d'intérêt et de vérité; et c'est ce qui fait qu'on pouvait lui applaudir lorsque, montrant le grand et beau côté de notre profession, celui qui la met presque à la tête de toutes les professions, lorsque la dépeignant comme un sanctuaire ouvert seulement à la science et à la vertu, au travail et à tous les sacrifices, il jettait dans l'ombre la triste réalité. Ce tableau de la situation sociale du médecin, quelqu'idéal qu'il paraisse, relève du moins à leurs propres yeux et soutient ceux qui luttent péniblement dans cette carrière honorable; et il suffit, pour le trouver vrai, que les traits en soient pris sur un petit nombre de types privilégiés. Le discours de M. Cruveilher a été et méritait d'être vivement applaudi. Tout ce qu'il a touché des devoirs du médecin, comme homme de science et comme homme d'honneur, était aussi justement pensé que dignement exprimé.

— M. Breschet, dont la nomination à la chaire d'anatomie, a été la cause ou plutôt l'occasion des troubles de l'année dernière à la Faculté, a ouvert son cours au milieu des marques d'approbation d'un grand nombre d'auditeurs. Ses leçons continuent d'attirer l'affluence des élèves qui ne peuvent manquer de rendre justice à la science profonde de ce professeur, et d'apprécier l'intérêt de son enseignement.

— Il a paru à la fin du mois dernier une ordonnance qui créait une chaire de pathologie et de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Montpellier. Nous ne connaissons pas assez le système général d'enseignement de cette Faculté, pour juger si cette chaire est nécessaire, convenable ; s'il n'en est pas d'autres qu'il eût été plus utile de créer. Nous aurions donc simplement applaudi à une pareille fondation, comme à tous les moyens qui auront pour but d'étendre, de multiplier l'instruction, si quelques faits récens n'eussent révélé l'opposition presque unanime faite à cette nouvelle institution par les professeurs de la Faculté. D'un autre côté, les motifs de l'ordonnance ne sont pas propres à nous faire juger favorablement de l'esprit qui a suggéré cette fondation. « La Faculté de Médecine de Montpellier, y est-il dit, déjà célèbre dans le moyen-âge, a été pendant plusieurs siècles sans rivale en Europe. Sauvage, Astruc, Bordeu, Grimaud, Fouquet, Barthez, et tant d'autres médecins illustres versés dans l'étude des lettres et de la philosophie, ont imprimé à son enseignement un caractère particulier qui en fait la force. C'est par la recherche *des principes les plus élevés* de la médecine, considérée comme science et comme art, et par la haute critique historique et philosophique des divers systèmes, que la Faculté de Médecine de Montpellier s'est constamment distinguée des autres grandes écoles médicales. Il importe de lui conserver cette originalité propre, tout en y assurant le continuel progrès des études spéciales, pathologiques, physiologiques et chimiques, qui occupent si justement aujourd'hui, dans l'enseignement de la médecine, une si grande place. » — Ce qui a longtemps constitué le caractère de l'Ecole de Montpellier, c'est la tournure abstraite et métaphysique de son enseignement ; c'est l'introduction stérile ou funeste de l'hypothèse Stahlienne de l'animisme dans toutes les théories, c'est cet esprit spéculatif qui détourne de l'observation, ou la fausse et la dénature. Nous ne croyons pas que ce soit là un caractère de force pour un enseignement de la médecine, et que l'on doive encourager une semblable originalité. La vérité est une ; elle ne peut avoir à Montpellier un autre visage qu'à Paris. Ce n'est pas en discourant éternellement sur les méthodes, sur la philosophie de la science, qu'on fera marcher la science. Haller, Morgagni, ces véritables fondateurs des sciences physiologiques et pathologiques, resteront éternellement grands, parce qu'ils ont commencé à faire ce que les Galilée, les Newton ont fait pour les sciences physiques. C'est là, nous le croyons, les seuls principes d'enseignement qu'on doive encourager. Certes, nous admirons autant que qui que ce soit le génie des

Barthez, des Grimaud, des Dumas ; mais si l'on veut les prendre pour modèles, que ce soit par les beaux côtés que l'on cherche à leur ressembler, et non par leurs erreurs.

— L'institution du concours joue de malheur depuis quelque temps. Partisans et ennemis semblent se réunir à plaisir pour y porter le plus de coups. Nous avons vu dernièrement des hommes qui se disaient les soutiens du concours, protester, par la violence et l'injure, contre la nomination d'un autre candidat que celui qu'ils avaient désigné. Aujourd'hui, nous voyons les compétiteurs mêmes d'un concours d'un autre genre, en demander l'annullation, sur les plus vains prétextes. Voici le fait, que nous puisons principalement dans un document dont l'exactitude n'a pas été contestée : six places au bureau central des hôpitaux étaient disputées par de nombreux concurrens. Dans le cours de la lutte, membres titulaires et suppléans se trouvaient réduits à sept, lorsque la maladie de l'un d'eux fit craindre qu'il n'en restât bientôt plus que six. Pour obvier à cet inconvénient qui n'était pas prévu par le réglement, l'administration décida que le jury, s'il se trouvait réduit à six membres, continuerait ses fonctions, et resterait apte à faire ses nominations. Cette décision fut communiquée publiquement ; personne ne réclama. Le septième membre vint à manquer en effet ; les épreuves du concours continuèrent. Le concours terminé, chacun chercha à s'assurer les suffrages des juges. Ce ne fut qu'après la nomination que les candidats non élus par le jury protestèrent contre la *légalité* du concours à la suite duquel avaient été proclamés MM. Bazin, Al. Cazenave, N. Guillot, Duplay, J. Pelletan, Valleix. Les candidats protestans s'appuient encore sur diverses irrégularités de formes qui étaient tout aussi bien connues avant le commencement du concours, et qui avaient existé dans des concours précédens. — Nous concevons que des candidats protestent contre des irrégularités relatives aux épreuves et au jugement du jury. Mais s'attaquer à quelques minces formalités, c'est par trop fort. La démarche de ces Messieurs est plus qu'un mauvais procédé, elle est une maladresse ; car elle ne peut avoir de succès. L'autorité supérieure pourra sans doute adresser quelques reproches au conseil d'administration des hôpitaux, pour n'avoir pas agi dans toute la rigueur des formes. Mais elle ne pensera certainement pas à réparer cette infraction par une mesure qui serait souverainement injuste envers ceux qu'elle frapperait. — Malgré toutes ces atteintes, nous croyons et nous espérons que le concours survivra.

BIBLIOGRAPHIE.

Du Cancer de la matrice ; par M. TÉALLIER. *Mémoire couronné par la Société de Médecine de Lyon.* Paris, 1836, in-8.°

Voilà deux fois, en peu de temps, que M. Téallier est couronné, à la Société de Médecine de Toulouse d'abord, pour son mémoire sur le tartre stibié, et tout récemment à la Société de Médecine de Lyon, pour le mémoire qui fait le sujet de cet article.

Ce double succès est assurément l'indice d'un esprit juste, d'un mérite réel ; mais l'unanimité des suffrages dans la question du cancer de la matrice, ne peut être que la récompense d'une découverte précieuse, d'un traitement efficace contre une maladie qui jusqu'à présent s'est jouée de tous les moyens qu'on lui a opposés. La Société de Médecine de Lyon n'a pu mettre au premier rang que le travail qui aura proclamé les résultats heureux des méthodes nouvelles si souvent expérimentées depuis quelque temps, et qui ont été si souvent aussi le sujet d'articles de journaux et de discussions académiques. Il n'en est rien, et la palme a été accordée au mémoire le plus désespérant, à celui qui contient le moins d'idées neuves, qui nous ramène aux anciennes théories ; à celui qui confesse, sans hésiter, l'incurabilité de la maladie, lorsque le problème était d'en trouver le remède.

Si cette décision surprend quelques lecteurs, il en est d'autres qui trouveront qu'elle fait honneur au jury aussi bien qu'au concurrent. Ce n'est la faute ni de l'un ni de l'autre si les choses sont telles qu'elles ont été démontrées. Si, par un examen approfondi des faits, si par un raisonnement juste et suivi, M. Téallier a prouvé la justesse de l'opinion qui considère le cancer comme dépendant d'une cause intérieure ; s'il a prouvé aussi que les guérisons sur lesquelles on s'appuie pour vanter certaines médications, ne portent point sur des cancers, mais sur des maladies qui les simulent ; c'est avoir rendu un service à la science que d'avoir rajeûni une idée vieillie, quand sur elle reposent des principes opposés à ceux que des idées nouvelles voudraient établir. La vérité, telle qu'elle, on ne peut rien exiger de plus, et il y a certain mérite à la dire, quand elle est en opposition avec les idées du jour.

Le mémoire de M. Téallier n'est point une réponse sèche à la question proposée. L'auteur a voulu que son travail présentât, avec

les développemens convenables, tout ce qui a rapport à la maladie dont il avait à traiter. On y trouvera donc, avec la description de la matrice, toutes les théories sur le cancer, la description de la maladie, son diagnostic différentiel, et toutes les médications locales et générales proposées, rejetées, et celles qu'il conseille.

Dans des considérations générales qui sont comme la profession de foi de l'auteur, on verra par quelles preuves il arrive à démontrer la différence complète qui sépare les inflammations chroniques et les affections cancéreuses; et on sera surpris de voir les hommes les plus remarquables dans la science se torturer l'esprit pour soutenir une opinion que les faits détruisent: on apprendra, en même temps, combien toutes les ressources de l'intelligence sont impuissantes contre la vérité.

Est-il possible, en effet, d'attribuer le cancer à des causes extérieures, quand on veut apprécier, sans prévention, les circonstances dans lesquelles il se développe, et l'inefficacité des causes physiques les plus graves pour le produire? Pourrait-on conserver quelques doutes, à cet égard, quand on a vu si souvent les organes pour lesquels il a une si funeste prédilection, soumis aux plus rudes violences, sans autres conséquences que celles d'une contusion? qui de nous, en effet, n'a pas vu, mille fois, les seins meurtris, déchirés, ou criblés d'abcès, sans qu'il se développât d'affection cancéreuse? Cette heureuse terminaison des inflammations du sein est connue depuis bien longtemps. Cette observation n'avait point échappé à Fabrice de Hilden.

Si la repullulation du cancer à la place même où il a été enlevé alors que tout l'organe où il avait son siège a été détruit, par le fer, par le feu, ou par les caustiques, n'était pas une démonstration suffisante de sa cause profonde, pourrait-on la méconnaître, quand poursuivi de proche en proche, dans la peau, dans les chairs, dans les os, obligé en quelque façon, de fuir devant l'instrument, on le voit s'en prendre aux organes intérieurs et exercer sur eux les mêmes ravages que sur ceux que nous avons enlevés? Comment croire qu'il n'y a là qu'une répétition de phlegmasie du dehors en dedans? mais quelle est donc cet phlegmasie si différente de toutes les autres dans ses causes, dans sa marche, dans son opiniâtreté, dans son retour et dans sa résistance aux moyens qui triomphent si souvent des autres? pourquoi donc les assimiler si elles diffèrent tant? pourquoi les confondre quand elles sont si dissemblables?

Mais est-il besoin encore de combattre cette théorie? n'est-elle

pas jugée négativement par les expériences qui avaient pour but de l'établir? Assez de sangsues ont réduit à leurs plus petites dimensions, en maigrissant tous les tissus, les organes gonflés par la matière cancéreuse, sans entraver la marche de la maladie, pour qu'il ne soit plus permis de considérer les émissions sanguines comme le moyen curatif des affections cancéreuses. Assez de fois aussi, la compression, en tassant les organes, a donné de trompeuses espérances, pour qu'on soit autorisé à ne plus compter sur un moyen mécanique, quand il s'agit de détruire une cause intérieure, ce *vis à tergo* qui déborde d'un autre coté, ou retourne en dedans, quand on croit l'avoir vaincue.

En un mot, le traitement local du cancer ne peut avoir quelque fondement qu'en considérant la maladie comme locale aussi. Telle est la manière de voir de quelques médecins. — Telle n'est point celle de M. Téallier; il ne balance point à considérer le cancer, quelle que soit la forme sous laquelle il se manifeste, comme le résultat d'une cause intérieure, et pour répondre à ceux qui veulent soutenir l'opinion opposée, en apportant à l'appui l'état général qui succède aux cancers arrivés à leur dernière période, M. Téallier fait une distinction qui répond à tout, c'est que la *cachexie* cancéreuse qui *succède* à la maladie n'est qu'un résultat commun à d'autres maladies, tandis que la *diathèse* qui la précède est une disposition primitive et particulière qui la précède.

Quand une maladie se développe à peu près constamment dans des circonstances semblables, quand elle appartient presque exclusivement à certaines constitutions, on peut assigner ses causes, ou annoncer son développement avec quelque probabilité, et par conséquent le prévenir quelquefois; mais où trouver ses élémens quand on la voit se manifester dans les conditions les plus opposées; quand les causes physiques les plus actives, les plus longtemps prolongées restent sans efficacité pour la produire; cette seule considération doit faire chercher les causes du cancer ailleurs que dans celles qui agissent localement. M. Téallier qui a voulu faire un ouvrage consciencieux a visité les hopitaux et les maisons de détention où sont accumulées les femmes dont les excès en certains genres paraissent propres à développer la maladie qui fait le sujet de son travail. Il lui a été presque pénible de reconnaître que le vice n'attire pas sur lui la maladie qui semblerait en être une juste conséquence. — Les cancers de la matrice ne sont point plus fréquens chez les femmes de mauvaise vie que chez les autres. — On voudrait ne point dire qu'il les a trouvés moins fréquens ; et on éprouve presque de la satisfaction

à trouver la cause de cette différence pénible dans l'âge des femmes que ces maisons renferment.

C'est donc dans la constitution, dans l'hérédité, dans les circonstances hygiéniques qu'il faut saisir les causes prédisposantes ou actives de cette terrible maladie. Hé bien! ici tout n'est encore qu'obscurité et contradiction. Ne voyons-nous pas tous les jours les femmes les plus remarquables par leur belle santé, porter déjà un cancer du sein ou de la matrice qui doit bientôt les conduire à la mort, quand tout annonçait encore dans leur constitution une longue existence? Malgré cette appréciation difficile M. Téallier cherche à rassembler tous les caractères de l'organisation, toutes les positions de la vie, toutes les causes morales et physiques qui peuvent prédisposer aux affections cancéreuses. On ne peut que rendre justice théoriquement à ces considérations, mais nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit sur ce qu'elles ont d'incertain et de trompeur. Cette dernière réflexion, que tous les médecins ont trop souvent occasion de faire, m'est renouvelée immédiatement par l'exemple que j'ai sous les yeux à l'instant où j'écris ces lignes. Je viens d'examiner une jeune femme de 28 ans, dont l'air riant, la fraîcheur et la bonne santé générale m'ont trompé au premier aspect sur la nature de la maladie pour laquelle elle venait me consulter.—Je crus, après ses premières paroles, à ces inflammations chroniques et limitées de la matrice, qui ne portent point atteinte à la constitution, et j'ai trouvé un cancer fongueux qui remplissait tout le col de l'utérus et avait déjà détruit une partie de la lèvre posterieure.—J'ai retiré le spéculum rempli de fongosités mollasses et puantes qui ressemblent à un placenta putréfié.

Si le médecin ne peut pas toujours remonter aux causes des maladies, il lui est toujours possible d'étudier leurs symptômes, leur marche et leur terminaison. Cette tâche a été remplie parfaitement par M. Téallier; il a mis également un soin particulier à établir le diagnostic différentiel des affections cancéreuses et de celles qui les simulent. C'est dans ces cas qu'un traitement actif et bien entendu conduit à des résultats heureux et quelquefois inattendus; mais c'est dans ces cas aussi qu'on s'est laissé aller à l'illusion d'avoir guéri des cancers, tandis qu'on n'avait guéri que des inflammations.

Quand on convient, quand on proclame qu'une maladie est incurable, on doit se trouver dans une position pénible en face des malades qui réclament avec instance et courage une opération dans laquelle ils mettent tout leur salut. Refuser, c'est leur ap-

prendre une incurabilité désespérante ; accéder à leur désir, c'est agir contre sa conviction. Celle de M. Téallier n'est pas douteuse, et peut-être, sous ce rapport, ses principes thérapeutiques ne sont-ils pas dans une harmonie parfaite avec ses théories. Nous reviendrons sur ce point dans un instant, en émettant quelques idées sur l'influence que la marche des maladies cancéreuses doit avoir dans la détermination de recourir ou non à l'opération. Commençons par dire que M. Téallier a passé en revue avec une attention scrupuleuse tous les modes de traitement proposés contre le cancer, qu'il a suivi les tentatives hardies de M. Récamier; qu'il insiste, avec un soin particulier, sur les complications inflammatoires qui surviennent dans le cours de la maladie, et sur les résultats heureux des saignées locales dans les phlegmasies chroniques de la matrice. Il se loue beaucoup de l'application de sangsues sur le col, tandis que la plupart des médecins y ont renoncé. Malgré les effets avantageux que j'en ai moi-même retirés, j'y ai recours moins souvent depuis deux faits dont j'ai été témoin. Deux fois, en effet, à quelques jours de distance, j'ai vu des accidens d'apparence effrayante succéder immédiatement à ce moyen, si peu douloureux en général, que les femmes ne sentent même pas la piqûre. C'était sur des malades qui avaient déjà subi plusieurs fois cette légère opération sans en être indisposées. Toutes deux furent prises immédiatement de douleurs atroces dans les aines, de vomissemens et de lipothymies. Les accidens durèrent plusieurs heures et se dissipèrent pendant l'usage d'applications chaudes et calmantes sur l'abdomen. Je suis encore à chercher la cause de cette singularité dont je ne connais point d'autre exemple. C'était au mois de mai. Est-ce qu'à cette époque de l'année les sangsues auraient dans leurs piqûres quelque chose de particulier? Je n'ai point abandonné ce moyen, cependant; et dans quelques inflammations chroniques de la matrice, avec faiblesse générale, il trouve une heureuse application. Revenons au traitement du cancer de la matrice.

M. Récamier est convaincu que le cancer est primitivement local. M. Téallier croit le contraire. Il est naturel que M. Récamier propose et entreprenne l'opération presque dans tous les cas. Il était naturel aussi que M. Téallier eût une opinion toute contraire. Cependant il conseille aussi d'opérer, et il fonde les chances heureuses de l'opération sur l'époque à laquelle on la pratique, la plus rapprochée possible du commencement de la maladie. C'est, du reste, l'opinion de la plupart des médecins. Mais si on admet que

le développement d'une tumeur cancéreuse n'est que la manifestation d'une cause profonde, on ne peut plus admettre que l'ablation de cette tumeur, à sa première apparition, puisse agir en rien sur cette cause interne ; on peut, tout au plus, aller au-devant de la cachexie cancéreuse, mais on ne porte aucune atteinte à la diathèse. Mais la cachexie n'est qu'un résultat consécutif et lent. A quoi donc peut conduire tant d'empressement à enlever l'extrémité d'un mal dont la racine reste et pousse toujours sans être accessible à nos moyens d'ablation?

Dans plusieurs articles publiés il y a déjà long-temps, j'ai émis sur l'époque à laquelle il me paraissait le plus convenable d'enlever le cancer, des idées qui ne sont point celles admises généralement. On a, sans doute, trouvé singulier qu'on proposât de donner à un mal le temps de s'accroître avant de penser à en délivrer le malade. Sous le rapport du manuel opératoire, on a raison ; sous le rapport de la récidive, la question a besoin d'être examinée.

N'est-il pas des maladies qui, toutes générales qu'elles sont, ne se manifestent cependant que par des désordres locaux et concentrés dans certaines limites extérieures ? N'arrive-t-il pas aussi que les désordres locaux déterminent dans les parties qui en sont le siège, des altérations de tissu qui persistent, alors même que la cause générale a disparu, et nécessitent l'ablation de cette partie, soit parce qu'elle ne peut plus revenir à son état naturel, soit parce qu'elle exerce sur le reste de l'économie une influence dangereuse? Cette ablation n'offre-t-elle pas d'autant plus de chances de succès, qu'on s'éloigne davantage du début de la maladie, soit parce qu'on a eu plus de temps pour combattre la cause générale qui a donné naissance à l'affection locale, soit que par elle-même cette cause générale, cette diathèse, si l'on veut, tende à s'affaiblir et à disparaître ? C'est là sans doute que réside toute la difficulté. — C'est ici qu'on trouvera une objection qui paraîtra péremptoire contre la théorie que je veux établir. On ne manquera pas d'objecter, en effet, que l'expectation est inutile dans les maladies cancéreuses, quand on la fonde sur l'espoir de voir la diathèse qui la produit s'user avec le temps, puisque son principal caractère, celui qu'on fait toujours entrer dans sa définition, c'est sa marche incessante, ses progrès sans relâche jusqu'à la destruction de l'individu. Voilà précisément aussi le point sur lequel je veux m'arrêter, en demandant s'il n'est pas des cancers qui restent stationnaires pendant de longues années, et jusqu'à la mort du malade

amenée par d'autres causes; en demandant s'il en eût été de même si on les eût opérés? La réponse précise à cette dernière question sera toujours difficile, parce qu'on pourra toujours dire qu'on ne sait point ce qui serait arrivé quelque temps plus tard, si, on eût abandonné ces cancers à eux-mêmes. Mais on peut faire des calculs sur des faits accomplis, sur des faits qui n'offrent plus cette ambiguité. On peut calculer si les tumeurs cancéreuses anciennes et ulcérées qu'on enlève sont plus sujettes à récidives que celles qui ne font que commencer et qui ne présentent encore aucune altération dans les tissus qui les recouvrent. Un chiffre exact sur ce point serait de la plus haute importance, s'il était fondé sur un grand nombre de faits. En attendant que je puisse le présenter avec cette condition, j'engage ceux qui ont enlevé beaucoup de cancers et qui ont pu suivre les malades longtemps après, à se rappeler dans quels cas la récidive a été plus fréquente. Qu'on lise attentivement les observations recueillies dans des pays différens, et l'on verra si le nombre des cures définitives obtenues par l'opération n'est pas plus grand quand on a eu affaire à des maladies anciennes, qu'en enlevant celles qui ne faisaient que poindre en quelque façon. Dans les faits qui appartiennent à M. Récamier, n'est-il pas remarquable que les malades chez lesquelles la désorganisation était portée au comble, ont guéri plutôt que d'autres qu'on jugeait dans des conditions bien moins défavorables? Les moyens d'ablation ou de compression ont-ils pu avoir quelque influence sur ce résultat ultérieur à l'opération? Mais qu'importe que le fer, le feu ou le caustique séparent du reste du corps une partie malade, si les fluides viciés qui l'empreignent viennent de plus haut? Que sous le rapport de la douleur on cherche à modifier les procédés opératoires, je le comprends; mais qu'on prétende, par eux, exercer quelque influence sur les suites d'une maladie cancéreuse, je ne le comprends plus, à moins, je le répète, qu'on croie avoir à combattre une maladie locale dans laquelle les tissus sont différemment affectés par des médications différentes qui les atteignent. Mais, il faut le répéter aussi, pourquoi une maladie locale enlevée ou détruite par un moyen quelconque, reparaît-elle dans des parties éloignées, dans des organes profonds? Une loupe enkystée ou graisseuse se reproduit-elle ainsi?

Une autre remarque importante dans la marche des cancers, c'est qu'il en est qui, après avoir repullulé trois ou quatre fois à la suite d'opérations bien faites, finissent par ne plus reparaître. Doit-on attribuer à l'opération ainsi répétée cet heureux résultat? Peut-

on obtenu de même, en ne pratiquant que la dernière après un espace de temps semblable ? On voit qu'à cette question s'en rattachent d'autres qui demanderaient une plus longue discussion que ne le comporte une simple analyse.

Toutes les considérations auxquelles nous venons de nous livrer, nous conduisent à adresser à M. Téallier quelques réflexions critiques sur le conseil qu'il donne d'enlever le plus promptement possible les tumeurs cancéreuses, quand il est convaincu que la maladie est intérieure, générale, et qu'elle doit repulluler. Pour nous, l'ancienneté de la maladie, la suppuration abondante ou fétide, les hémorrhagies, l'imminence de la cachexie, les vives douleurs, sont des raisons qui compensent l'obligation pénible de faire souffrir les malades avec un espoir si souvent trompé de les guérir définitivement.

Malgré cette dissidence sur l'opportunité de l'ablation des tumeurs cancéreuses, nous ne considérons pas moins le mémoire de M. Téallier comme un ouvrage remarquable par la franchise de ses opinions, par ses discussions lumineuses, par la distinction qu'il a établie entre des maladies souvent confondues, et enfin par l'exposé exact de l'état actuel de la science. D'ailleurs, nous pouvons ajouter que le conseil donné par l'auteur n'est pas le résultat d'une conviction fondée sur des faits bien positifs, et qu'il le verra combattre sans regret, puisque ce sera donner plus de poids encore à l'idée principale qui domine tout son travail.

HERVEZ DE CHÉGOIN.

Maladies de l'utérus d'après les leçons cliniques de M. LISFRANC, faites à l'hôpital de la Pitié; par H. PAULY, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-premier prosecteur de M. Lisfranc, etc. Paris, 1836. Un vol. in-8.°, pp. 536.

Cet ouvrage est divisé en quatre parties que nous allons passer successivement en revue.

1.re *Partie.* — Cette partie renferme des considérations sur l'anatomie chirurgicale des organes de la génération chez la femme. Les détails y sont peu nombreux, exprimés en style concis, et ont tous une application pratique. Ainsi, à l'occasion des grandes lèvres, il est fait mention des cas où le tissu cellulaire de cette région se remplit de graisse, et des difficultés qui en résultent pour l'opération du toucher. « Pour parer à cet inconvénient, dit l'auteur, on fait placer la femme comme dans l'opération de la taille, sur un plan incliné ; un aide écarte les deux lèvres, et la main

placées de champ pour glisser entre elles, peut arriver alors jusqu'à l'entrée du vagin. Sans cette précaution on perdrait au moins un pouce, perte énorme prise sur la longueur du doigt. » Relativement à la position de l'urètre, M. Lisfranc cite un cas fort curieux, dans lequel ce canal venait s'ouvrir sur le mont de Vénus. Chez les femmes dont la vulve est étroite, et qui ont eu de fréquentes relations sexuelles, l'orifice de l'urètre est refoulé en arrière et en haut, derrière la symphyse du pubis; pour soumettre ces femmes à l'opération du cathétérisme, il faut placer ce canal en avant, en portant les doigts dans l'intérieur du vagin derrière le pubis; et en pressant sur l'urètre de haut en bas et d'arrière en avant. Le canal ramené dès-lors à la vue, l'opération est rendue facile. Dans sa description du vagin, l'auteur donne encore des renseignemens extrêmement utiles pour le praticien. Il insiste, par exemple, sur la dilatabilité plus ou moins grande de ce conduit suivant l'âge, et déduit de là des préceptes importans. Toute la substance de cette partie est tirée des leçons de M. le professeur Lisfranc: la plupart du temps c'est lui qui parle, et l'auteur n'est, en quelque sorte, que son secrétaire. Avant d'aller plus loin, faisons remarquer que la seconde moitié de cette première partie est consacrée à l'exposition des moyens d'exploration employés pour connaître l'état des organes génitaux chez la femme, tels que le toucher, le spéculum; et que cette exposition est celle que M. Lisfranc a donnée lui-même verbalement à la Pitié. Là se trouvent les résultats d'une longue expérience.

2.e *partie.* — La seconde partie traite des maladies de l'utérus en général. L'auteur s'occupe successivement de l'anatomie pathologique de l'utérus, des principales causes des affections utérines, des symptômes de ces affections considérés sous un point de vue général, de leur traitement, et enfin des accidens qui le plus souvent peuvent les compliquer dans leurs diverses périodes. La question des causes des maladies de l'utérus, qui offre tant d'intérêt, n'est traitée qu'avec peu de développemens. M. Lisfranc considère l'hérédité comme une cause puissante de maladie de la matrice. Il cite à cette occasion une famille composée de sept filles, dont la mère a succombé à un cancer de l'utérus; déjà la même affection a été fatale à plusieurs d'entre elles; d'autres sont attaquées d'une manière plus ou moins grave. L'article le plus important de cette deuxième partie est celui qui a trait au traitement. L'auteur y passe en revue successivement les bains, le repos, les injections, les lotions à la vulve, les cataplasmes dans le vagin, les irrigations, les douches, les lave-

mens, les narcotiques, les évacuations sanguines, soit locales, soit générales, les ventouses, les vésicatoires, la compression, etc. Appuyé sur les renseignemens de M. Lisfranc, l'auteur discute la valeur de chacun de ces moyens, indique les cas dans lesquels ils doivent être prescrits, et même expose avec détails la manière de les employer.

3.e *Partie.* — Cette partie est consacrée à la pathologie spéciale; mais l'auteur n'y aborde pas encore l'histoire des maladies de l'utérus proprement dites. Il y traite d'abord de la menstruation, et s'occupe successivement de la première apparition des menstrues, de l'absence des règles, de la menstruation orageuse, de la suspension des règles pendant leur apparition, des variations dans la quantité des règles, et enfin de la cessation des règles, ou âge critique. Ensuite il traite des pertes utérines, et fait rentrer dans ce chapitre quelques réflexions sur la chlorose et sur la rétention des règles par obstacles physiques. Viennent ensuite les écoulemens blancs, qui sont étudiés sous le rapport de l'étiologie et des symptômes, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique; puis sous le rapport du diagnostic, du pronostic et du traitement. A l'occasion des pertes blanches, deux questions importantes se trouvent soulevées. Peut-on différencier la nature de l'écoulement? Peut-on, sans danger, supprimer ces écoulemens? Suivant M. Lisfranc, la première de ces deux questions n'est pas susceptible de solution; mais la seconde, il la résout par l'affirmative. La troisième partie de l'ouvrage qui nous occupe est terminée par des considérations sur les accès hystériques.

4.e *partie.* — Cette quatrième partie est réellement celle qui traite des maladies de la matrice; aussi forme-t-elle à elle seule près de la moitié du volume. Les maladies de la matrice sont distribuées de la manière suivante : 1.° de la subinflammation sans changement apréciable de l'utérus, et de l'hystéralgie; 2.° des engorgemens de l'utérus; 3.° des rougeurs et éruptions du col de l'utérus; des solutions de continuité, ou ulcérations de cet organe; des végétations; 4.° de l'amputation du col et de l'extirpation de l'utérus en totalité; 5.° des corps étrangers attenant à l'utérus, ou développés dans son voisinage. 6.° Quelques considérations sur les déviations de l'utérus et sur l'emploi des pessaires terminent tout l'ouvrage. Il serait intéressant de suivre l'auteur dans la solution de toutes ces questions si intimement liées à la pratique; mais une d'entre elles domine toutes les autres, c'est celle de l'amputation du col de la matrice. M. Pauly, exposant les doctrines de M. Lisfranc, indique quelles sont les circonstances qui réclament ou contr'in-

diquent l'opération, et donne une idée des divers procédés opératoires. Il passe en revue successivement le procédé d'Osiander, celui de Dupuytren, celui de Mayor, celui de M. J. Hatin, celui de M. Colombat, et enfin celui de M. Lisfranc. Il se livre à une appréciation de ces procédés, énumère les accidens de l'opération, et indique les moyens propres à la conduire à la guérison. Après cet exposé, M. Pauly cherche à établir la valeur réelle de cette opération comme moyen thérapeutique. Ceci l'amène naturellement à tracer l'historique de l'amputation du col. Il la montre successivement préconisée et abandonnée par divers chirurgiens d'une grande réputation, et arrive à l'époque où M. Lisfranc l'a remise en honneur. Comme on le voit, M. Pauly n'est plus, dans ce chapitre, le secrétaire de M. Lisfranc, comme il l'est dans tout le reste de l'ouvrage. Il y a plus, M. Pauly révoquant en doute la sincérité des assertions de son ancien maître, nie positivement la plus grande partie des succès annoncés par M. Lisfranc; et conclut en disant que l'amputation du col de la matrice ne peut être avantageuse que dans les cas où l'affection n'a pas dépassé le museau de tanche. Il avait établi (p. 428) que, *de toutes les opérations chirurgicales, jusqu'à ce jour l'amputation du col de l'utérus a été une des plus meurtrières.* M. Pauly a donné un démenti public à M. Lisfranc; pour appuyer ce démenti sur des faits positifs, il s'est livré à de nombreuses démarches et à des recherches minutieuses, dont il rend compte à ses lecteurs. Nous ne voulons, ni ne devons nous mêler à une querelle personnelle; et envisageant la question sous le point de vue scientifique, nous devons nous borner à indiquer que M. Pauly, s'écartant de la manière de voir de son ancien maître, qui préconise l'amputation du col utérin comme un moyen utile et peu dangereux, conseille au contraire de la proscrire presque entièrement de la pratique chirurgicale. Le temps apprendra laquelle de ces deux opinions doit prévaloir. Quant à présent, si l'on en juge d'après les matériaux que possède la science, il est peut être permis de prévoir que la seconde survivra à la première.

Du Démon de Socrate, specimen d'une application de la science psychologique à celle de l'histoire; par F. Lélut, *médecin-surveillant de la division des aliénés à l'hospice de Bicêtre, et médecin-adjoint de la prison.*

Les hommes qui ne croient pas aux communications avec les

esprits, ont expliqué le démon de Socrate de trois manières différentes. Les uns ont vu dans cette histoire un langage figuré, quelque chose de métaphysique et de *transcendental*, que nous mentionnons sans y attacher autrement d'importance. D'autres n'ont pas craint d'accuser de fourberie, sinon le philosophe grec, au moins ses disciples; enfin il en est qui ont cru trouver dans le récit de Platon, la preuve que Socrate était atteint de ce genre de folie appellée de nos jours hallucination. M. Lélut s'est attaché à la dernière opinion, et il la justifie de la manière suivante.

Nourri de cette érudition substantielle sans laquelle on ne saurait traiter à fond aucune espèce de sujet, il trace, avec beaucoup de détails et une grande exactitude, l'histoire anecdotique de Socrate, depuis son enfance jusques à sa mort. Il fait ressortir, avec une grande habileté, les singularités de caractère, si nombreuses chez le célèbre grec dont il donne une biographie *intime* des plus complètes. Puis il présente un tableau fidèle des opinions religieuses de son époque, montre combien elles dominaient les masses, y compris les philosophes. Il en conclud que Socrate devait, comme les autres, croire au pouvoir des génies; et pensant, d'après cela, l'avoir mis, ainsi que Platon, à l'abri de tout soupçon de fourberie ou de mensonge, il finit par ne voir dans le plus sage des hommes qu'un pauvre halluciné.

La première chose à faire dans l'examen de cette supposition, est de se demander quelle confiance on doit accorder aux récits dont se compose l'histoire de Socrate? Or, voici la réponse :

A part quelques faits de détails assez insignifians transmis par Xénophon, qui, suivant l'aveu de M. Lélut (p. 127), « a écrit d'imagination et d'après des récits seulement », tout le reste nous vient de Platon. Mais, en bonne conscience, qui pourrait, de nos jours, prendre au sérieux les paroles de Platon? Il faudrait, pour cela, ignorer qu'aucune des idées politiques qu'il a si complaisamment développées dans sa bizarre République, n'a pu recevoir la moindre application depuis plus de deux mille ans : il faudrait n'avoir jamais lu son système sur la cosmogonie, les génies, les démons, les idées innées, lequel, pour l'absurdité, ne le cède à aucun de ceux de l'Inde dont il vient peut-être; il faudrait fermer les yeux sur son extravagante théorie du délire mystique inspiré par les Dieux (p. 225 et suiv.); enfin il faudrait surtout ne pas savoir qu'une fois entré dans un système de déception, on s'y enfonce de plus en plus; qu'on ment sans le vouloir, sans s'en douter et uniquement par la nécessité imposée à l'esprit humain d'être con-

séquent. Lors donc que Platon nous raconte des choses toutes simples, toutes vulgaires, comme nous en voyons arriver chaque jour, on peut le croire; mais dès l'instant où son récit contient des faits tant soit peu extraordinaires, il devient, à bon droit, suspect.

Même pour les choses ordinaires, à quel point l'histoire n'est-elle pas trompeuse? Les preuves n'en seraient pas difficiles à fournir si nous voulions rapporter des exemples passés ou contemporains de ce genre de faits répandus et acceptés de toutes parts comme vrais, et cependant tout-à-fait apocryphes.

Si, quand elle est écrite par des hommes étrangers à tout système capable de les éloigner de la vérité, l'histoire fourmille encore de mensonges, on sent qu'une biographie anecdotique tracée sous l'influence des idées qui dominaient Platon, doit être considérée comme un véritable roman. J'en donnerai pour preuve le fait que M. Lélut a regardé comme prouvant d'une manière décisive l'hallucination de Socrate. « Je trouve, dit notre auteur, que c'est au siège de Potidée que se manifestèrent pour l'histoire, les symptômes les plus évidens de cette maladie, que les auteurs traitent en général d'extase, mais que les véritables anthropologistes savent comment caractériser. Le siège de Potidée dura trois ans. Pendant l'hiver, Socrate y avait marché nu-pieds sur les glaçons, vêtu à la légère comme à l'ordinaire, ce qui étonna déjà beaucoup ses amis et ses compagnons d'armes. L'été vient, et voilà qu'un beau jour on le trouve debout dans la campagne, regardant fixement le soleil, comme font certains aliénés *frappés d'immobilité*. On va, on vient autour de lui, on le montre du doigt; Socrate n'y prend garde. Le soir arrive; des soldats curieux apportent leurs lits de campagne en cet endroit, pour observer s'il passerait la nuit dans la même posture. C'est ce qui eut lieu, en effet, et ce ne fut que le lendemain au lever du soleil, qu'après avoir fait un grand salut à l'astre, Socrate se retire à pas lents, dans sa tente, sans mot dire, et sans faire attention à ceux qui le suivaient, tout stupéfaits d'une pareille scène. Il faut nier ce fait qui est attesté par tous les auteurs qui se sont occupés de Socrate, et par ses plus zélés disciples, ou bien, il faut convenir que c'était là plus que le commencement d'un état que personne actuellement ne voudrait éprouver pour toute la réputation du fils de Sophronisque. » (p. 99)

Hé! mon Dieu, oui, je nierai ce fait. D'abord parce qu'il a été rapporté par Platon, et par Platon seul originairement; en second lieu, parce qu'on peut très-bien conclure du silence gardé par Thu-

cydide à l'égard de Socrate, que ce philosophe, comme l'assure Athénée (*Deipnos.*, lib. V. cap. 14 et 15) n'est point allé au siège de Potidée; troisièmement enfin par une raison préférable aux deux autres, c'est que la science ne possède aucun exemple authentique d'extase comparable à celle de Socrate, observé sur des gens qui n'étaient pas complètement aliénés.

Ce fait entièrement du domaine de la pathologie méritait d'être pris en sérieuse considération; aussi ai-je dû le discuter avec soin. Maintenant je n'attache que peu d'intérêt à savoir si un beau soir Socrate s'est arrêté tout à-coup au milieu du chemin, plantant là les convives avec lesquels il allait souper chez Agathon (p. 104), s'il a prédit le désastre de l'expédition de Sicile avant ou après coup (p. 117), s'il a annoncé en style d'oracle et pouvant s'appliquer à tout événement, ce qui devait arriver à Charmide (p. 111), à Clitermaque (p. 112) à Thrasylle (p. 117), à Xénophon (p. 139), et à d'autres, tués en grand nombre (p. 134). Si, comme le raconte Cicéron, il a deviné que Criton recevrait un coup de branche d'arbre dans l'œil (p. 131); si en refusant de suivre la rue que prenaient plusieurs de ses amis, il a évité d'être enveloppé et sali avec eux, par un troupeau de pourceaux fangeux (p. 133). Je laisse également les explications de Simmias sur les croyances de Socrate (p. 135) et les propos que lui prête Xénophon relativement à sa voix intérieure (p. 130). Toutes ces petites historiettes sortent de la même fabrique, elles portent toutes le même cachet, et à l'exception de quelques unes, sont dues à Platon. Vraies pour la plupart, elles auraient une médiocre valeur; suspectes, comme elles le sont toutes, on peut, sans engager sa conscience, les considérer comme non avenues et ne décidant absolument rien pour ou contre l'hallucination de Socrate. Si donc nous n'y croyons pas, c'est par des raisons prises en dehors du récit de Platon. Voici ces raisons.

L'histoire reste soumise au même *criterium* que les autres sciences, c'est-à-dire que les faits qu'elle enregistre, doivent, pour être regardés comme possibles ou vrais, se reproduire par des analogues. Ainsi on croit au poignard de Ravaillac par celui de Louvel, on croit à l'entrée d'Alexandre dans Babylone, quand on a été assez malheureux pour voir l'entrée d'un autre Alexandre dans Paris; mais aucune épisode des guerres contemporaines n'autorise à croire qu'un homme soit, à une *tête de pont*, capable d'arrêter une armée, lors même que cet homme s'appellerait Horatius Coclès. Par conséquent les faits d'après lesquels on a voulu prouver l'hallucination de Socrate devraient pour être admis comme vrais, se

répéter plus ou moins exactement de nos jours, et cela n'est pas. J'ai déjà dit ce qu'il fallait penser de sa prétendue extase au siége de Potidée. L'expérience, qui ne laisse aucun doute à ce sujet, ne répand pas moins de lumière sur une autre question également fort importante. Elle nous apprend en effet que l'hallucination qui, suivant M. Lélut, forme le caractère le plus irréfragable de la folie (p. 98 et 179), est un genre de délire très-curable, quand il a encore duré peu de temps, mais qui ne se prolonge jamais sans finir par troubler complètement l'intelligence. Et cependant Socrate serait resté quarante ans halluciné sans perdre la tête (p. 62 et 179), mais encore aurait conservé une supériorité de raison, une rectitude de jugement, une force et une étendue d'intellect qu'aucun homme n'a peut-être possédé au même degré. M. Lélut semble avoir voulu répondre par avance à cette objection en disant : « Il est heureux que la folie de Socrate ait pu conserver son état sensorial sans passer au délire maniaque (p. 179). » Quant à nous, la supposition d'un pareil bonheur, nous semble, comme à MM. Esquirol, Falret et Ferrus, tout-à-fait inadmissible. On essaierait en vain de lui chercher quelque vraisemblance en citant les exemples d'hallucinés, tels que Cardan, Swammerdam, Swedenborg, Campanella, le Tasse, Pascal, etc.; car, outre l'évidence, pour tout le monde, des veines de folie par où ont passé ces personnages, qui en ont pour la plupart laissé des preuves irrécusables dans leurs écrits, aucun d'eux ne saurait assurément être présenté comme le type le plus parfait connu de la raison humaine. L'école alexandrine a, dit-on, fourni un grand nombre d'hallucinés (p. 187), soit; aucun d'eux peut-il plus entrer en comparaison avec Socrate, que Polet ou Richard, dont parlait un journal du mois.... août, ou bien un autre pauvre fou, qui m'a tout récemment entretenu, pendant trois heures, de la mission qu'il a de réformer le monde? Qu'importe aussi que Luther et Mahomet aient eu ou non des accidens d'hallucinations, s'ils n'ont jamais passé, même à l'état calme, pour des hommes d'une haute raison, et si, au lieu de cela, la sagesse, parlant par la bouche d'Horace, les a, à l'avance, classés parmi les fous?

Quem mala stultitia et quæcumque inscitia veri
Cæcum agit, insanum Crysippi porticus, et grex
Autumat.........
Qui species alias veri, scelerisque tumultu
Permistas capiet, commotus habebitur.....

N'admettant pas l'hallucination de Socrate, je n'ai point à m'enquérir, si, comme le prétend M. Lélut, elle devait échapper aux regards prévenus d'Hippocrate (p. 223) : tout ce qui, dans la vie de l'époux de Xantippe, est de nature à le représenter comme fou, doit maintenant être mis de côté sous peine d'inconséquence de ma part. Mais je n'ai garde de passer aussi légèrement sur une foule de traits, propres tout au plus à montrer la singularité de son caractère, et un esprit peu en harmonie avec celui des autres (p. 9). Tous ces traits, que M. Lélut fait ressortir avec beaucoup d'art, et croit pouvoir rattacher à un état d'exaltation mentale dont il a besoin dans son hypothèse, me semblent trouver leur explication dans cette réflexion bien simple ; Socrate était conséquent avec ses principes. Il allait nu-pieds (p. 51) ; Caton en faisait autant. Devaient-ils, l'un et l'autre, préparer par avance une excuse à Rousseau, qui, après avoir déclaré digne du plus grand supplice, l'homme qui a le premier porté des sabots, si toutefois il n'avait pas mal aux pieds, a passé sa vie entière à cultiver les arts et les sciences, dont il écrivait en même temps l'éloquente et irréfutable satire?

Socrate prêchait la morale; il devait résister aux agaceries d'Alcibiade (p. 55). Persuadé que durant le cours de sa longue carrière, il avait rendu de véritables services à sa patrie, il ne pouvait, dans sa défense, s'abaisser à un rôle de suppliant. Il avait sans doute raison de trouver le discours de Lysias trop fleuri, et de vouloir se défendre lui-même en toute simplicité (p. 81). Quand, après avoir repassé sa conduite en revue, il disait que s'il avait à recommencer, il referait les mêmes choses au péril de sa vie (p. 176); quand, pour récompense de ses peines, il demandait à être nourri au prytanée, sans s'inquiéter si la franchise noble, et peut-être un peu orgueilleuse de son discours, allait bien à un accusé parlant devant ses juges (p. 83 et 84), quand, après sa condamnation il refusait de s'enfuir (p. 85), que faisait-il donc de si surprenant? Est-ce un prodige de voir un homme dédaigner de racheter sa vie par une bassesse ou par une action qu'il juge condamnable? Fais ce que dois, arrive que pourra, avait dit Socrate, et il a tenu parole. Mais il n'est pas le seul qui se soit montré capable d'un pareil effort. Il mérite bien plus d'éloges pour la tenue, la fixité, la permanence de caractère dont il a fait preuve dans tous les instans de sa longue vie. Ces vertus, la faiblesse, l'incrédulité, l'éclectisme de notre époque ne les comprend pas; à ses yeux, la constance raisonnée devient

duperie, dès qu'elle compromet nos intérêts. Lorsque je peux, sans autre motif, expliquer la portion non controversable de la vie de Socrate, j'y crois et j'en admets les plus minutieux détails, non parce qu'ils sont racontés par Platon, mais parce qu'on les voit se reproduire dans l'histoire.

Quant aux communications familières du sage par excellence, avec son démon, aux voix qu'il entendait, aux avertissemens dont il était favorisé, l'hypothèse qui voudrait les expliquer par de l'hallucination étant vraiment inadmissible, force est bien, à l'exemple de saint Augustin (*Cité de Dieu*, chap. 27), d'en attribuer l'invention aux seuls disciples de Socrate, Platon en tête. Cependant, si l'on persistait à soutenir qu'ils ont été historiens fidèles, narrateurs exacts de faits que leur maître donnait pour vrais, on ne pourrait éviter de se ranger à l'opinion de Gassendi (*Opera*, tom. II, p. 858), de Rollin et de Barthélemy, qui n'ont pas craint d'accuser de fourberie Socrate lui-même.

Il faut bien le dire sans ménagement, puisque c'est là le seul moyen d'y porter remède, le mensonge semble inhérent à l'espèce humaine; et bien que la fin de son règne ait été annoncée depuis bientôt deux mille ans (*Evang. selon St. Mathieu*, chap. XVI, vers. 18) il prévaut, et prévaudra encore long-temps. Toutefois, Théodose le Cyrénaïque a, sans aucun doute, calomnié l'humanité, quand il a dit que le Sage assuré du secret s'abandonnerait à toutes les actions répréhensibles auxquels le porteraient ses penchants : *furto quoque et adulterio et sacrilegio,* cum tempestivum erit, *daturum operam sapientem.* Quoi qu'il en soit il y a certainement peu d'hommes capables de s'abstenir d'un mensonge qu'ils auraient la certitude de faire admettre, pour une vérité dont il leur reviendrait quelque avantage. Telle eût été manifestement la position de Socrate, s'il avait voulu forger quelque conte sur ses relations avec son génie familier; car, suivant la remarque de M. Lélut, les esprits étaient alors singulièrement disposés à croire à tous ces fagots (p. 160). C'est par cette raison que Platon, qui connaissait bien ses contemporains, ne s'est pas fait faute de les servir suivant leurs goûts; mais il me serait pénible d'être obligé de reconnaître qu'il aurait en cela pris exemple sur son maître. Socrate, menteur et exploitant la crédulité de ses concitoyens, Socrate méritant le mépris de tous les cœurs honnêtes, m'ôterait une de ces consolantes illusions que rien ne peut remplacer. Cependant il me serait encore plus facile de le croire fourbe qu'halluciné, par la raison toute simple que si

une haute capacité intellectuelle repousse l'hallucination, elle ne met pas également à l'abri du mensonge, ce dont l'histoire ne permet pas de douter. Heureusement je puis échapper à cet embarras et l'éviter aux lecteurs, en disant à Platon : Tu as impudemment menti. ROCHOUX.

Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies par M. PARCHAPPE, *médecin en chef de l'Asyle des aliénés de la Seine-Inférieure.* — Premier Mémoire. *Du volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme.* Paris, 1836, in-8.° pp. 111.

Voilà enfin des recherches sérieuses sur la physiologie du cerveau. Depuis Gall, on s'est évertué en raisonnemens de toutes sortes sur la détermination des conditions cérébrales qui donnent lieu aux manifestations intellectuelles et morales, et l'on sait ce qui en est advenu. M. Parchappe a parfaitement senti que, pour avancer la question, il fallait avoir recours à des moyens d'un autre genre, qu'il y avait à entrer dans une autre voie, voie toute d'expérience et de fait. C'est celle qu'il a suivie.

Les recherches de M. Parchappe sont purement statistiques et exprimées avec une précision mathématique; elles s'adressent de préférence à ceux qui désirent connaître les différences qu'éprouvent les crânes de notre espèce, suivant le sexe, l'âge, les races, les conditions de santé ou de maladie, etc; les différences qui existent dans le poids de l'encéphale suivant les circonstances que l'auteur fait connaître, enfin les rapports qui ont lieu entre les dimensions de la boite osseuse crânienne et le volume de la masse nerveuse qui s'y trouve contenue. Toutes les propositions de M. Parchappe sont posées avec une précision, une netteté dont on trouve peu d'exemples; toutes ses déductions sont tirées avec une sévérité qui prouve une grande justesse dans le jugement. Un regret unique se fait sentir à la lecture de cet important travail : les faits sont trop peu nombreux. Ce qui imprime une valeur réelle aux recherches statistiques, c'est l'élévation des chiffres; les moyennes proportionnelles déduites d'un trop petit nombre d'observations, se trouvent bientôt démenties par les *moyennes* que l'on tire d'observations beaucoup plus multipliées. C'est donc surtout comme des documens précieux, en cela qu'ils pourront servir de noyau à d'autres recherches du même genre, qu'il faut selon nous considérer les résultats consignés provisoirement dans la brochure de M. Parchappe.

La tête de l'homme est plus volumineuse que celle de la femme, terme moyen, dans le rapport de 100 a 88.—De trente à cinquante ans, la tête est plus volumineuse que de vingt à trente ans, dans le rapport de 100 à 99—De cinquante à soixante ans la tête augmente dans le rapport de 100 à 101.—Des hommes placés par la taille dans le rapport de 100 à 104 sont placés par le volume de la tête dans le rapport de 100 à 103, et les plus grands ont la tête la plus grosse.—L'homme aliéné a la tête plus volumineuse que l'homme sain; différence 2.—La différence entre la tête de l'homme sain et la tête de l'idiot est 9; la tête de l'idiot est la plus petite.—La tête du voleur homicide présente les mêmes mesures que celle de l'homme probe; les diamètres latéraux et antero-postérieurs sont différens.—L'homme doué d'une intelligence moyenne a les dimensions du crâne représentées par 100, l'homme supérieur par 101.—La race malaie a le crâne plus petit que la caucasienne; la différence équivaut à 5.

L'encéphale de l'homme l'emporte par son poids sur celui de la femme; différence, terme moyen 10.—Passé soixante-dix ans, le poids de l'encéphale, comparé à celui des personnes d'un âge moyen, va en diminuant sur les deux sexes.—Les différences de la taille, sur l'homme, étant dans le rapport de 100 à 95, la différence dans le poids de l'encéphale est 4. L'avantage est du côté des plus grands. Le cerveau des sujets aliénés pèse plus que celui des individus sains: la différence est 5 sur l'homme, 4 sur la femme.—Le cerveau d'une femme idiote pèse moins que celui des femmes douées d'intelligences différentes, 18.—Le cerveau de sujets doués d'une intelligence supérieure présente 2 de différence, comparé au cerveau des hommes ordinaires; l'avantage est pour les premiers.

L'auteur examine ensuite les différences d'épaisseur que peut offrir le cuir chevelu, chaque pièce osseuse du crâne; examine le rapport du volume du crâne à celui de la masse cérébrale, et il finit par conclure qu'il est impossible de déduire le volume de l'encéphale de la connaissance des proportions de sa boîte osseuse. Tels sont les principaux résultats que nous avons extraits d'un livre où chaque mot a sa valeur, et qu'il est par conséquent difficile d'analyser.

Dissertatio inauguralis exhibens observationem duorum aneurysmatum rariorum, quorum alterum ex arcu aortæ, alterum ex arteria corporis callosi ortum est. Auctore Daniele Gut. Henrico Nebel. Heidelberg, 1834. In-4.°

Dissertatio medica sistens observationes de aneurysmatibus, aortam thoracicam afficientibus. Auct. Jan. Christ. Focke. Utrecht, 1835. In-4.°

L'histoire des anévrysme de l'aorte, fort avancée sous le rapport de l'anatomie pathologique, laisse encore à désirer sous le point de vue de la symptomatologie et surtout des signes sthétoscopiques: les deux dissertations sur lesquelles nous appelons l'attention de nos lecteurs, ne combleront pas cette lacune, mais elles renferment des matériaux utiles à consulter.

Dans la première observation de la thèse de M. Nebel, il s'agit d'une femme qui succomba à la dyspnée produite par la pression d'un énorme anévrysme de l'aorte sur la trachée (cette tumeur à cette époque offrait à l'extérieur 22 pouces de circonférence, 7 pouces de longueur). L'examen du cadavre fut fait avec soin; des planches dessinées par l'auteur montrent la forme de la tumeur avec et sans parties molles. Cette dissection montra qu'il s'agissait d'un anévrysme vrai, sur lequel s'était enté un anévrysme faux. La tumeur offrait en outre plusieurs appendices et contenait une grande quantité de caillots de date plus ou moins ancienne; elle était partagée par des cloisons incomplètes dont la texture n'est pas indiquée avec assez de soin. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude du développement progressif de l'affection; nous remarquerons seulement avec lui la présence d'appendices et de cloisons qui partageaient le sac en plusieurs loges. Comme dans un cas analogue rapporté par M. Cruveilhier, l'auscultation avait fait entendre des battemens doubles. M. Nebel analyse ensuite 44 observations plus ou moins semblables à la sienne, et empruntées à divers auteurs.

Nous avons donné dans le dernier numéro, un extrait de la deuxième partie de son travail. (Anévrysmes du corps calleux).

La dissertation de M. Focke renferme deux observations détaillées d'anévrysme de l'aorte pectorale, qui ne présentent aucune circonstance qui mérite d'être notée à part. L'auteur les a fait suivre de remarques sur quelques points de l'histoire de la maladie, en particulier sur le diagnostic et l'anatomie pathologique. Quel-

qu'érudition qu'il ait mis dans ses recherches, ce travail n'est point complètement au niveau des connaissances acquises. Par exemple, on est étonné de voir l'auteur qui a donné des signes stéthoscopiques de l'anévrysme dans les observations qui lui sont propres, ne trouver comme signe distinctif entre la phthisie et la dilatation anévrysmale que les caractères fournis par les crachats. Néanmoins la dissertation est bien faite et mérite d'être consultée. Les citations sont bien choisies, et de plus on trouve quelques faits de détail intéressans.

Dissertatio inauguralis anatomico-chirurgica de hernia diaphragmatis cum tabulis III. Auct. Hub. Griff. Stierling. *Heildelberg*, 1834. In-4.°

M. Stierling, ayant eu l'occasion de disséquer avec Tiedemann le cadavre d'un baboin, y trouva une hernie congénitale du diaphragme. L'estomac tout entier était passé dans la cavité gauche du thorax; l'ouverture située vers la partie postérieure du diaphragme avait des bords minces et tranchans sur lesquels le péritoine se continuait avec la plèvre. Cette observation l'engagea à faire de cette maladie le sujet de sa thèse. La division qu'il adopte est à peu près celle d'Astley Cooper dans son traité des hernies : Hernie congénitale ou accidentelle. Dans la première les viscères passent dans le thorax, 1° parceque le diaphragme manque en partie ou en totalité; 2° à travers les ouvertures naturelles du diaphragme dilatées d'une manière anormale; 3° par des ouvertures résultat d'un vice de conformation. Les hernies acquises surviennent ou par suite d'une violence qu'il appelle interne : efforts, secousses violentes, chutes, ou sont l'effet d'une plaie. Dans ce cadre, M. Stierling réunit les nombreuses observations éparses dans les auteurs, puis fait une histoire générale de la maladie. La description des accidens qui succèdent à une plaie est surtout bien tracée. Si la plaie *est* large, la mort arrive presqu'immédiatement par suite de la compression des viscères thoraciques; si elle est plus petite la mort est le résultat de l'étranglement des viscères herniés : mais auparavant les signes propres de la plaie diaphragmatique (hoquet, rire sardonique, etc.), ont eu le temps de se prononcer. Enfin si la plaie est très-petite elle peut se guérir; mais comme Lieutaud en rapporte deux exemples, la mort survient quelquefois plusieurs années après. Nous regrettons que l'auteur de cette dissertation n'ait pas eu connaissance des deux faits de hernies diaphragmatiques accompagnées de sacs,

publiés par MM. Bérard, et qu'il ait si peu insisté sur les différences entre la hernie sans sac et celle qui en a un, cas dont il rapporte cependant un exemple emprunté à M. Cruveilhier. Il n'a pas non plus porté son attention sur les ruptures du diaphragme par suite de coups sur l'abdomen. A part ces omissions, ce travail est plus complet que tout ce qui a été publié jusqu'ici sur ce sujet.

Précis pratique et raisonné du système des signes physiognomoniques de Lavater ; par M. J. Ottin, *ancien professeur et pensionnaire de l'Université.* Paris, 1834, in-18.

Nous ne croyons certainement pas au système de Lavater, et il est probable que peu de personnes y croient maintenant. Cependant, tout en rejetant les principes et les développemens que lui a donnés son fondateur, il est un grand nombre de vues ingénieuses qui doivent entrer dans la physiologie à titre de phénomènes d'expression, rattachés comme effets aux fonctions intellectuelles et morales. L'ouvrage de Lavater, malgré les idées systématiques et les déductions hasardées qu'il contient, et qui ont jeté un grand discrédit sur ses opinions, est une des productions les plus remarquables de la fin du 18e siècle. Mais cet ouvrage très volumineux n'est, comme le dit l'auteur lui-même, qu'une mine à exploiter, un immense amas de matériaux qui avaient besoin d'être élaborés pour devenir le sujet d'une étude facile. C'est là la tâche dont s'est chargé M. Ottin et qu'il nous semble avoir remplie avec succès. Cet auteur, doué d'un esprit sévère et à un haut degré de la faculté d'analyser et de résumer, est avantageusement connu par la publication d'un tableau de phrénologie et d'un précis analytique de la doctrine de Gall, qui ont obtenu un succès populaire. Le succès de ces deux ouvrages, qui ont beaucoup contribué à faire connaître et apprécier la doctrine phrénologique, ont sans doute engagé M. Ottin à faire sur Lavater le même travail. Dans un temps où la partie idéologique de l'histoire de l'homme est cultivée avec ardeur, nous croyons utile d'appeler l'attention du public sur le *précis* du système de Lavater. Ce petit ouvrage, rédigé avec clarté et élégance, parsemé de réflexions critiques judicieuse, est le guide le plus sûr que l'on puisse suivre.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

DÉCEMBRE 1836.

De la diathèse purulente, de la morve communiquée à l'homme; observations recueillies par* F. S. ALEXANDER, *D. M., professeur-honoraire de Médecine à l'Université d'Utrecht, chef de l'hôpital militaire d'Instruction, etc.

J'avais observé à l'hôpital militaire d'instruction une maladie très-grave, mais dont je ne pouvais alors déterminer la nature; je me bornai à recueillir ces faits. Je me flattais que peut-être l'occasion se présenterait d'obtenir des renseignemens qui pourraient me conduire à des résultats plus positifs que ceux auxquels j'étais arrivé jusque-là.

La marche de la maladie, son issue funeste, les résultats de l'autopsie, tout m'engageait à juger la maladie extraordinaire. Je me crus en droit de l'attribuer à une cause spéciale qui aurait développé des symptômes particuliers, et provoqué une mort inévitable. Des recherches poursuivies dans ce sens paraissaient me conduire à l'origine probable de cette maladie, lorsque des observations sur le même sujet, publiées par le docteur Elliotson, ne laissèrent presque plus de doute sur sa véritable nature. Celle de M. Youath, vétérinaire distingué de Londres, me confirma encore dans mon opinion. Depuis, je n'ai pas cessé de m'éclairer, autant que possible, sur la nature et

l'origine d'une maladie si redoutable et si funeste. J'ai recueilli encore d'autres observations, et j'ai cru de mon devoir de publier en même temps les faits qui s'étaient présentés à moi.

L'observation publiée dans les *Archives gén. de Médecine*, par MM. Rayer et Duplay, sur un cas de diathèse purulente (1) ; celle de M. Rennes (2), me décidèrent de présenter à MM. les rédacteurs de ce journal mes observations, qui peuvent se rapprocher de celles-là.

Je me borne aux observations, sans entrer dans d'autres détails que j'ai jugé nécessaires d'ajouter à la petite brochure écrite en langue hollandaise (3), pour fixer l'attention des officiers de santé des corps de cavalerie et des vétérinaires de notre armée, sur ce sujet intéressant. C'est à regret que je vois qu'on n'y apporte pas l'attention qu'il mérite certainement ; mon travail n'eût-il pas d'autre résultat, me semblerait déjà intéressant et utile. Récemment encore nous avons fait la triste expérience, que cette maladie, quoique rare, se présente néanmoins de temps en temps, mais jusqu'ici sans être combattue avec succès.

Mon très-honoré ami et collègue le savant professeur Nüman, médecin très distingué et d'un rare mérite, directeur de l'Ecole vétérinaire, me fit appeler pour voir un de ses élèves, qu'il crut atteint de cette dangereuse maladie. Nous reconnûmes tous les symptômes qu'avait présentés un de nos malades, et que le docteur Nüman avait déjà observés dans un autre cas. Le traitement ne laissait rien à désirer; nous redoublâmes d'efforts, mais le malade succomba comme les autres. La fin fâcheuse de

(1) 2.e série, tom. I, p. 373. — (2) *Ibid.*; p. 536. — *Voyez* aussi une observation intéressante extraite d'un journal anglais, *ibid.*, t. II, p. 382.

(3) *Mededeelingen omtrent de Besmettelijkheid van den kwaden droes voor den mensch, door waarnemingen nader bevestigd.* Utrecht, 1833, in-8.°, pp. 56.

la maladie a confirmé le *diagnostic* et le *prognostic* défavorables que nous avions portés. J'espère que le docteur Nüman parviendra à avoir des données sur l'origine de l'affection à laquelle ce jeune homme a succombé à la fleur de l'âge.

Mais revenons à nos observations. Je ne me propose pas de reproduire celles que nous devons au docteur Elliotson et à d'autres médecins. Je me borne à citer ici les auteurs dont j'ai tiré ce qui m'était nécessaire pour compléter ma brochure : je ne rapporterai que mes propres observations.

J. G. C. W., âgé de 40 ans, lancier, ci-devant garçon de pharmacie, fut employé à l'infirmerie vétérinaire, et soigna des chevaux attaqués de la morve. Le 7 avril 1829, il se plaignit de malaise ; le 13 on l'envoya à l'hôpital. Il se plaignit beaucoup de douleurs rhumatismales ; la respiration était gênée ; il toussait souvent. Il paraissait faire peu attention à ces symptômes. On nous apprit qu'il s'était déjà trouvé malade depuis longtemps ; qu'il s'était traité lui-même, probablement parce qu'il se croyait quelques connaissances en droguerie ; il s'était appliqué des sangsues. Sa manière de vivre n'avait pas été des plus réglées ; il avait l'air faible, et était d'un tempérament lymphatique-nerveux ; il avait la figure pâle, jaunâtre ; l'œil mat ; le corps amaigri ; la poitrine peu élevée. Quoique l'appétit fût bon, la digestion était troublée ; le pouls était petit, fréquent. Les autres fonctions n'étaient pas altérées visiblement.

En examinant les articulations, où il ressentait les douleurs les plus fortes, on trouva en différens endroits des tumeurs élastiques, sensibles ; mais la couleur de la peau n'était pas altérée. Les plus remarquables se trouvaient près du coude, au genou gauche et à la jambe du même côté. Le mouvement en était gêné. Après avoir observé pendant quelque temps ces tumeurs, on y appliqua une lotion avec de l'eau et de l'esprit de savon camphré.

Le malade prit la tisane de guimauve ou la décoction de salep, avec quelques gouttes de vin émétisé et le sirop de pavot blanc. Au mois de mai, il paraissait moins attaqué du côté de la poitrine, mais la digestion était plus altérée. Il sua beaucoup la nuit et devint plus faible. Les gencives, scorbutiques, saignaient facilement. Il continua de prendre les adoucissans avec quelques gouttes de la teinture acidulée aromatique. Souvent il laissa les médicamens pour une nourriture succulente fortifiante. Les tumeurs au bras diminuèrent visiblement, sans autre changement.

Au commencement du mois de juin, l'on fit faire des frictions avec l'onguent mercuriel et l'huile d'olive, sur les tumeurs. Les unes disparurent en partie, les autres furent réduites à un moindre volume. Celle de la jambe devint plus sensible; l'on y mit un cataplasme émollient. Le 11 de ce même mois on y appliqua le caustique, et il en sortit une grande quantité d'une matière sanguinolente. L'abcès fut pansé avec la décoction de quinquina et une solution d'alun. Le malade prit les émollients avec l'eau de canelle. L'on essaya le quinquina, mais sans succès. Il transpira beaucoup la nuit, et les évacuations alvines devinrent plus fréquentes. Au mois de juillet, son état s'empira toujours. Quoiqu'il mangeât avec appétit, il maigrit visiblement. L'ulcère de la jambe laissa écouler une matière sanieuse; mais depuis ce temps, la toux n'était plus fréquente. De temps en temps il prit le quinquina avec le salep. Quand la diarrhée se manifesta, on retourna aux émolliens. Vers le mois d'août la maladie alla en augmentant. La diarrhée devint habituelle. Il ne prit plus que la décoction blanche, du salep, etc. Le 16 de ce mois il succomba.

Autopsie.—Elle fut faite quarante-huit heures après la mort. L'ulcère avait pénétré entre les muscles; le tissu cellulaire était détruit. Les muscles étaient jaunes et flasques. Une des tumeurs, qui était très-élastique pendant la

vie, renfermait un pus très-visqueux et tellement adhérent aux muscles, qu'il fallait le détacher avec le scalpel. Cette tumeur communiquait sous le *fascia lata* avec l'abcès. Le tissu cellulaire fut trouvé fondu de même. Au bras, les tumeurs avaient entièrement disparu. Les poumons étaient adhérents à la plèvre dans la plus grande partie de leur surface; ils étaient hépatisés, et présentaient des tubercules indurés, ramollis et en suppuration.

La membrane muqueuse de la trachée était enflammée. Cœur à l'état normal; le péricarde contenait peu de sérosité. La muqueuse des intestins était saine. Il n'y avait aucune altération dans les autres viscères de l'abdomen. Le crâne et le canal de la moelle épinière ne purent pas être ouverts.

Obs. II.e — J. M., natif d'Amersfoort, âgé de 19 ans, avant d'entrer au service comme canonnier à cheval, était tisserand et barbier; il était d'un tempérament lymphatique nerveux : cheveux blonds, yeux bleus. Il paraissait d'une constitution faible. Son père souffrait de la poitrine; ses sœurs semblaient affectées de semblables maladies; lui-même ne paraissait pas exempt de cette disposition. Il ne fut atteint qu'une fois de la fièvre et des maladies ordinaires de l'enfance. Quelques semaines avant d'être passé au service, il eut à panser des chevaux malades à l'infirmerie du régiment. Après avoir continué à-peu-près quatre semaines, il se sentit tout d'un coup attaqué de fièvre, accompagnée d'un point de côté et de douleurs des extrémités inférieures.

Il entra à l'infirmerie, où il resta cinq à six jours. La fièvre le quitta; il ne se ressentit plus du point de côté, mais la douleur des jambes persista. Il prit des médicamens, dont il ne se trouva pas soulagé.

Le 4 janvier 1831, on l'évacua sur l'hôpital d'Utrecht. Il continua de se plaindre des jambes; du reste, il semblait se porter assez bien. Sa peau était d'un blanc jaunâ-

tre. Cet état persista jusqu'au 10 de ce mois. Il prenait une tisane d'orge nitrée avec le rob de sureau. Les douleurs augmentèrent.

Le 11, le malade s'aperçut d'une tumeur au mollet de la jambe gauche. Elle fut couverte d'un cataplasme émollient. Les douleurs diminuèrent, et la tumeur s'étendit ; il parut y avoir quelque fluctuation, quoique très-vague. Cet état continua jusqu'au 15.

Le 16, l'on trouva encore une tumeur près du coude de l'avant-bras droit. Le malade prit une décoction d'orge avec l'oxymel.

Le 17, une autre tumeur se montra au même bras à la face interne, et une seconde à la jambe gauche. Celle de la face externe du bras présentait une couleur violette, mais elle était moins sensible et plus molle. La peau qui recouvrait les autres tumeurs n'était pas altérée; elle était ferme et peu sensible. Le malade prit la décoction d'orge avec du vin stibié (℥ j). Sur les tumeurs on appliqua une décoction de guimauve avec du savon blanc. Pendant ce même jour, les paupières de l'œil droit s'enflèrent tellement que le malade ne pouvait les ouvrir qu'à peine. Une inflammation érysipélateuse s'étendit jusqu'au côté droit du nez. On lava en partie avec la décoction de guimauve.—Le 18, le malade a passé une bonne nuit, il se plaint de soif ; langue humide, appétit, selles régulières, respiration facile ; pouls petit, accéléré. (Tisane d'orge; vin stibié ; extrait de chiendent).

Le 20, éruption de pustules confluentes au front, remplies d'une matière purulente, qui se couvrent d'une croûte noire. La peau sur les tumeurs des extrémités est flasque et présente de la desquammation. (Décoction de douce-amère avec extrait de chiendent ; soufre doré 2 grains).

Ce cas me parut fort grave depuis qu'une maladie de la même nature avait fixé mon attention. Je redoublai de soins et de zèle pour tâcher de sauver ce malade s'il était

possible. Mais je ne dissimulai pas en même temps à mes élèves le prognostic fâcheux que je croyais devoir porter sur cette maladie, et dont ils ne se doutaient pas encore. J'écrivis au docteur Ritter, officier de santé de première classe au régiment, médecin très-distingué, pour lui demander s'il pouvait se rappeler que l'on eût soigné des chevaux attaqués de *la morve* en ce temps. Sa réponse fut affirmative, et il ne me resta plus de doute sur le caractère dangereux de cette maladie.

Du 22 au 24, il se manifesta peu de changement; la tumeur du mollet diminua.— Le 24, œdème des paupières de l'œil gauche. Erysipèle progressif de la face.

Le 25 janvier, inflammation de la joue gauche, éruption de boutons avec suppuration; la membrane muqueuse du nez est enduite d'un mucus jaune, visqueux, gluant. On lave la figure et le nez avec une infusion de sureau et de ciguë. On prescrit la décoction de quinquina avec de l'acide sulfurique dilué. Depuis trois jours, j'avais ordonné de faire des frictions avec l'onguent mercuriel (un demi-gros par friction à la région inguinale). Le malade se plaignant d'angine, je fis cesser les frictions, dans la crainte que le mercure n'affectât ces organes. (A l'autopsie, je trouvai toute autre cause de cette gêne de la déglutition). Cependant le malade ne se plaignait pas davantage de ces symptômes. La tumeur de la face externe du bras devint pâteuse, et présenta un filet rouge; celle du côté interne resta élastique. La peau de la jambe offrit une couleur jaunâtre et devint ridée.

Le 26, évacuations alvines difficiles; excrémens durs.

Le 27, état comateux; le malade répond toutefois aux questions qu'on lui adresse. Soif; langue chargée, rouge vers les bords; pouls petit, très-accéléré; respiration normale; front violet. (Décoction de quinquina avec sirop d'écorce d'orange; acide sulfurique dilué; lavement purgatif (évacuation alvine sèche, brune); bouillon au citron;

tisane d'orge acidulée avec du vin du Rhin ; fomentation avec l'infusion de camomille, avec addition d'acide muriatique).

Le 29, la peau du front est d'une couleur moins foncée ; les tumeurs du bras sont molles. Langue brunâtre. Trois selles demi-liquides).

Le 30, état moins comateux ; langue rouge ; soif ; pouls accéléré : urine rouge. La couleur violette s'étend de plus en plus sans être aussi foncée. Eruption de boutons au nez. (Fomentation avec infusion d'arnica et acide muriatique ; décoction de quinquina ; bouillon acidulé ou délayé avec le jaune-d'œuf).

Le 31, urine plus abondante, moins rouge ; le malade ne peut pousser la langue hors de la bouche qu'en tremblant ; agitation des extrémités.

Le 1.er février, le malade est couché sur le dos ; léger délire. Il répond pourtant aux questions qu'on lui adresse. Au reste, il paraît d'une apathie complète, Soif brûlante ; râle muqueux ; urines et selles involontaires ; mouvemens convulsifs des bras. Le nez et la joue gauche sont d'une couleur noire.

Le 2 février, déglutition extrêmement difficile ; perte de connaissance. Mort à dix heures du soir.

Autopsie. — Elle fut faite le lendemain de la mort. Corps très-amaigri ; couleur violet foncé de la peau du nez et de la joue gauche, s'étendant jusque sous le cuir-chevelu, qui est couvert de croûtes noires. La conjonctive palpébrale est enduite d'un fluide muqueux purulent. Des boutons pustuleux d'une couleur violette et remplis d'un fluide sanguinolent, se remarquent sur presque toutes les parties du corps.

Poumons adhérents à la plèvre dans divers points. La plèvre pulmonaire est parsemée, à l'exception de celle qui recouvre les lobes supérieurs, de tubercules avec un noyau purulent. Le parenchyme des poumons ne présente au-

cune altération (1). La trachée et les bronches sont remplies d'un mucus gluant ; quelque sérosité dans le péricarde. L'aorte et les artères pulmonaires contenaient du sang coagulé. Nulle trace d'inflammation dans ces artères ni dans la veine cave.

La membrane muqueuse de l'œsophage, de l'estomac et des intestins présente quelques taches rouges ; la vésicule est remplie de bile jaune; la couleur de la rate est d'un d'un rouge foncé, en dedans plus clair. Treize lombrics morts dans le tube intestinal.

Mon collègue et ami, le professeur Schroeder Van der Kolk, anatomiste d'un rare mérite, eut la complaisance d'injecter les vaisseaux de la tête et du bras, ce qui réussit à merveille. Nous poursuivîmes nos recherches avec une attention scrupuleuse sur ces parties. Je continuai de même l'examen des membres non injectés.

La membrane muqueuse du nez était parsemée de petits ulcères, et couverte d'un mucus gris, visqueux. La voûte du palais, la luette et l'épiglotte sont rongées d'ulcères et en partie détruites. La face interne du *larynx* est de même ulcérée.

Les glandes salivaires offraient des traces d'inflammation ; les parois du canal parotidien étaient enduites et remplies de pus. Quand un tube rempli de vif-argent fut introduit dans un des ulcères, des vaisseaux lymphatiques élargis se remplirent de ce métal.

Il faut remarquer que ce malade ne s'est plaint de douleurs de la gorge que les derniers jours ; qu'il toussa peu et ne rendit que peu de glaires.

Quelques petits filets du *nerf facial* étaient enflammés et entourés de nombre de vaisseaux sanguins visibles par l'injection : au reste, ils parcouraient inaltérés la tumeur, mais ils se terminaient comme en gangrène. Le nerf frontal était ramolli et d'une couleur grise. L'artère temporale

(1) Dupuy, *Considérations sur la morve aiguë*, 3.e édit., p. 233.

ne présentait aucun changement. Le cerveau était à l'état normal; plexus choroïdiens pâles. Le malade n'avait déliré que très-peu.

Le tissu cellulaire et le musculeux étaient remplis de petits tubercules ramollis. Dans un des foyers purulens du bras, nous trouvâmes une effusion des matières dont nous avions fait usage pour l'injection, effusion qui s'était probablement faite par un vaisseau corrodé. Le pus s'était frayé un chemin entre les muscles jusqu'au ligament interosseux. Une partie du muscle indicateur était en dissolution. Les vaisseaux du ligament interosseux, ceux du bras, et les nerfs, étaient à l'état normal. Les glandes étaient gonflées. Les vaisseaux lymphatiques, remplis de mercure, étaient dilatés. Le pus s'était frayé de même un chemin entre les muscles de la jambe. Le nerf péronier superficiel, qui traversait un foyer purulent, était enflammé et couvert d'une couche de lymphe plastique. Les autres nerfs, dont je suivis le cours et la distribution, étaient sains. Dans les veines, je trouvai partout du sang et point de pus. Le périoste était détaché sur plusieurs points de la rotule et du péroné, et les os attaqués.

Les exemples d'une maladie aussi funeste ne sont pas communs; peut-être que l'infection a lieu assez souvent, mais qu'une disposition moins prononcée et une constitution plus robuste empêche qu'elle ait des effets aussi dangereux que ceux qui se sont montrés chez les malades que j'ai observés, aussi bien que dans les cas qui ont été communiqués par les docteurs Elliotson, Williams, et par les médecins français dont j'ai cité les noms en commençant. Cette affection paraît fort insidieuse, parce qu'elle débute par des symptômes qui peuvent en imposer facilement, si l'on n'en connaît pas l'origine et si on l'observe pour la première fois.

Dans le cas du jeune élève qui succomba dernièrement à l'Ecole vétérinaire, la maladie débuta par des douleurs

rhumatismales dans l'articulation huméro-scapulaire. Une fois développée, tout secours paraît infructueux, témoin les observations du docteur Elliotson, celles d'autres médecins, et celles que je viens de rapporter.

Les obstacles qu'on éprouve dans des cas moins graves prouvent assez quel ennemi redoutable on doit combattre quand il déploie toutes ses forces.

C'est ce que j'éprouvai dans le traitement d'un malade qui entra en même temps à l'hôpital avec son camarade qui succomba. Il n'avait pas soigné des chevaux à l'infirmerie, mais probablement il avait eu affaire à des chevaux morveux. Le début de la maladie fut à-peu-près le même, mais les symptômes ne se développèrent pas si fort, ils diminuèrent bientôt. Toutefois la marche fut si irrégulière, si lente, que j'eus beaucoup de peine à sauver ce malade. Après un début de fièvre rhumatismale, il survint une fièvre nerveuse très-irrégulière. Le malade passa soixante-douze jours dans cet état périlleux : je le crus plusieurs fois sur le point de succomber; je ne parvins à le sauver qu'à l'aide de beaucoup de soins.

Un autre canonnier qui avait pansé des chevaux *morveux* s'aperçut d'une tache rouge au bras droit; des boutons s'élevèrent, et il se forma un foyer purulent; il fut ouvert avec le bistouri, mais bientôt l'abcès se changea en ulcère rongeant. Le 18 juin 1832, jour où je le vis, je trouvai un ulcère large, à bords durs, donnant un pus visqueux, gris, caséeux. Je fis subir à cet homme plusieurs traitemens; l'ulcère fut bien soigné; cependant le malade ne put quitter l'hôpital qu'au mois d'avril 1833.

Les occasions de confirmer mes observations et celles de mes confrères sont heureusement rares. Puisse-t-on trouver un traitement efficace à cette maladie jusqu'ici presque toujours indomptable et mortelle.

Observation d'apoplexie pulmonaire, suivie de remarques sur les causes, les symptômes et les lésions organiques propres à cette maladie; par M. Bricheteau, *médecin de l'hôpital Necker.*

M.me S.***, âgée de 33 ans, ayant toutes les apparences d'une belle constitution, avait été sujette, dans son enfance, à des rhumes fréquens et opiniâtres. Depuis son mariage, jusqu'alors stérile, elle avait à plusieurs reprises craché du sang. Du reste, elle était d'une fraîcheur et d'un embonpoint remarquables, se livrant d'ailleurs avec passion aux plaisirs du monde, que sa fortune lui permettait de se procurer. M.me S.*** faisait peu d'attention à des douleurs de poitrine qu'elle éprouvait quelquefois et qu'elle rapportait au cœur, ce qui faisait souvent dire à sa mère qu'elle finirait par avoir un anévrysme, et qu'elle se repentirait de ne pas se soigner.

Le 14 septembre 1836, étant allé chez madame S.*** pour y voir sa belle-sœur, à laquelle je donnais des soins pour une maladie chronique, on me dit en entrant que cette dame venait *de perdre connaissance.* J'entrai précipitamment dans sa chambre; je trouvai la malade étendue sur son lit, ayant perdu l'usage des sens, avec une figure pâle, un pouls presqu'insensible, des pupilles dilatées, etc., et finalement se débattant contre la mort. J'ouvris la veine du bras sans pouvoir obtenir de sang; j'appliquai des ventouses avec l'éther, des sinapismes, mais tout cela en vain; M.me S.*** était déjà morte. On me dit que dans la matinée elle s'était plaint du ventre, qu'elle avait éprouvé des envies de vomir, et qu'elle avait même vomi quelques alimens pris au déjeûner, ce qui ne l'empêchait pas toutefois de se disposer à sortir lorsqu'elle fut obligée de se jeter sur son lit où elle ne vécut pas une demi-heure.

La famille, consternée d'un si fatal événement, demanda l'ouverture du corps, que je fis le lendemain 15, vingt-quatre heures après la mort, avec l'assistance de deux autres confrères qui me furent adjoints, MM. Terrier et Devillers.

La figure était très-pâle, mais il y avait de vastes ecchymoses au dos et aux cuisses; le ventre était légèrement ballonné; la percussion de la poitrine indiquait de la matité du côté droit seulement. Nous fûmes surpris de l'étroitesse de cette cavité et du peu d'étendue qu'elle avait surtout de bas en haut; cette étroitesse semblait augmentée par le développement énorme des viscères abdominaux. Le poumon droit était gorgé et infiltré de sang dans toutes ses parties; ce liquide ruisselait sous le scalpel qui divisait le parenchyme pulmonaire, lequel ressemblait parfaitement à une rate molle pleine de sang. A l'extérieur du lobe supérieur du poumon droit, on remarque avec étonnement cinq ou six perforations, dont deux communiquent entre elles par un trajet fistuleux superficiel, d'environ deux pouces de long. Il y avait cinq ou six onces de sang épanché dans la cavité de la plèvre du côté droit. Les deux poumons contenaient un assez grand nombre de tubercules miliaires. Le cœur était à l'état normal, vide de sang et d'un petit volume.

Le cerveau était un peu mou, mais exempt d'engorgement sanguin et d'épanchement.

La face interne de l'estomac était un peu ecchymosée vers le pylore, mais ne présentait aucune injection capillaire ni ramollissement. Les intestins étaient dans l'état normal, seulement un peu distendus par des gaz.

Il serait facile de prouver, en analysant l'histoire de certaines maladies si bien décrites par les médecins modernes, que plusieurs d'entre ces maladies étaient connues de temps immémorial sous d'autres noms, et ont exercé de grands ravages dans des temps très-reculés : tels sont, par exem-

ple, *le croup, l'hydrocéphale aiguë, l'angine couenneuse et gangréneuse* indiquées ou incomplètement décrites par les anciens ou par les médecins du moyen âge. L'apoplexie pulmonaire doit sans doute être placée dans cette catégorie. Hippocrate, Paul d'Egine, Arétée, etc., parlent dans plusieurs endroits de leurs écrits, d'orthopnées, de catarrhes subits rapidement mortels, surtout chez les vieillards. Ces affections, qui tuaient les malades en les suffoquant, et contre lesquelles on employait la saignée, devaient avoir beaucoup de rapports avec l'apoplexie pulmonaire, ou du moins c'est l'opinion d'un des médecins les plus savans qui aient écrit sur cette maladie (1).

Baglivi et Van-Swieten ont décrit les premiers sous le nom de *catharre suffocant*, une maladie fort obscure, dont la nature est indéterminée, et qui semble néanmoins avoir de l'analogie avec celle qui nous occupe. Lieutaud, quoique plus heureux que ses prédécesseurs, puisqu'il pouvait faire des ouvertures de corps, rapporte deux observations de catarrhe suffocant qui ne jettent cependant pas beaucoup de lumière sur ce sujet. Evidemment dans l'ouvrage de ce médecin, comme dans ceux des auteurs qui l'ont précédé, le mot suffocant n'indique que le mode de terminaison de la maladie qui a causé la mort du malade en le suffoquant ou plutôt en l'asphyxiant. Cette dénomination n'exprime donc aucune idée théorique, ne fait en rien connaître la nature du mal, et pourrait facilement s'appliquer à toutes les maladies de poitrine qui produisent la mort par asphyxie.

Si la suffocation ainsi envisagée reconnaît une cause explicable, comme on n'en peut douter, quoi de plus simple que de la faire consister, quand elle agit instantanément, dans une congestion subite de sang dans les pou-

(1) Hohnbaum, *sur l'apoplexie pulmonaire.* (Journal complém. des Sciences médicales, tome XXXIV).

mons ? L'accumulation et la stase du mucus ne pouvaient produire, quoi qu'on en ait dit, d'effet semblable, à moins qu'il existât chez le malade un concours de circonstances fort rares. Laennec, tout en admettant cette dernière cause de mort dans le catarrhe suffocant (qu'il n'a décrit que pour se conformer à l'usage), n'hésite pas à dire que cet accident final n'est point une maladie particulière. Eh bien ! cet accident, qu'il ne caractérise pas, nous le croyons infiniment plus approprié à une congestion de sang dans les poumons, qu'à une accumulation hypothétique de mucosité pulmonaire.

Quoique l'apoplexie pulmonaire soit une maladie assez commune, et qu'après le cerveau aucun organe ne soit plus exposé que le poumon aux congestions sanguines, il semble pourtant que cette affection ait peu fixé l'attention des pathologistes dans une période où les organes du corps humain ont été l'objet de tant d'investigations minutieuses. Effectivement, avant Laennec, personne n'en avait donné une description complète. L'ignorance sur ce point de pathologie était telle qu'on croirait volontiers, à la manière dont cet auteur trace l'histoire de cette affection, qu'il aurait été le premier à en traiter; ce qui n'aurait pas été exact, même relativement à l'exposé des caractères anatomiques qui n'avaient pas entièrement échappé à ses prédécesseurs, bien qu'ils n'aient au reste rapporté que des faits particuliers d'apoplexie pulmonaire (1). Notre intention n'étant pas de tracer l'histoire de l'apoplexie pulmonaire, nous nous bornerons à quelques remarques sur la description faite par Laennec, la seule que nous connaissions, et nécessairement celle qui sert de guide aux médecins et aux élèves; nous y join-

(1) A la suite des auteurs que nous avons déjà cités, on peut placer les noms de Bonet, Morgagni, de Wepfer, Thilenius, Bernt.

drons quelques recherches sur les causes de cette maladie.

Faut-il admettre, comme l'a fait cet auteur, et même quelques autres après lui, différentes variétés d'apoplexie pulmonaire, et particulièrement fondées sur la plus ou moins longue durée de cette affection? Nous ne le croyons pas; elle doit être distinguée de toutes les hémoptysies, de tous les engorgemens hémoptoïques avec lesquels on a voulu la comparer. En effet, toutes les fois qu'il y a hémorrhagie pulmonaire, que le sang se fait jour par les bronches, la mort dût-elle s'en suivre, ce n'est pas là une apoplexie ou une congestion subite avec ou sans déchirure, et ordinairement suivie d'une prompte asphyxie. La mort arrive ici par le poumon et non par le cœur, comme dans ler pertes de sang. Remarquons bien, en effet, que quand il y a écoulement de sang par les bronches dans l'apoplexie pulmonaire, ce n'est ordinairement qu'après la mort. En un mot, cette maladie frappe instantanément, et ne peut pas être qualifiée de lente, eu égard à sa marche; elle tue rapidement les malades, et on n'en connaît pas de guérison bien constatée: quand il survient un crachement de sang abondant qui délivre le patient après une dyspnée plus ou moins longue, il n'a été atteint que d'hémoptysie. Sans doute une congestion a précédé, mais cette congestion n'est pas une apoplexie, qui emporte l'idée de rupture, d'épanchement de foyer sanguin, etc.

Pour échapper à l'effet de ces foyers sanguins dans le poumon, il faudrait supposer la disparition du fluide épanché, la formation d'un kyste, comme il arrive dans les apoplexies cérébrales. M. Cruveilhier regarde ce mécanisme comme très-probable (1). M. Mér. Laennec a embrassé avec empressement cette supposition ingénieuse, mais qui n'est point démontrée par les faits: pourtant ils seraient très-nécessaires, car il n'y a a ni analogie de tissu et de com-

(1) *Dict. de Méd. et de chirurg. pratiques*, art. *Apoplexie*.

position, ni analogie de fonctions entre le cerveau et le poumon (1).

M. Bouillaud a aussi émis cette opinion, mais sous forme de doute, et comme un point de théorie à démontrer. Il croit possible la formation des kystes, et même leur transformation en mélanose (2). Un jeune médecin, qui a pris l'apoplexie pulmonaire pour sujet de sa dissertation inaugurale, regarde aussi, de son côté, la formation des kystes comme probable ; il ajoute néanmoins prudemment, qu'on n'a jamais trouvé de fausses membranes développées autour des foyers sanguins, comme cela est si souvent arrivé à ceux qui ont observé l'apoplexie cérébrale. Cependant, et malgré cette réflexion judicieuse, il va beaucoup plus loin que M. Cruveilhier, puisqu'il suppose que les cicatrices, qu'on rencontre si souvent au sommet du poumon, sont le résultat d'apoplexies pulmonaires résorbées (3). Nous nous contenterons de dire, par rapport à cette opinion, comme un médecin célèbre du siècle dernier, qu'une théorie qui n'a d'appui que l'analogie, touche à l'absurde, ou du moins est une erreur dangereuse.

La description minutieuse des caractères anatomiques de cette maladie, tracée par Laennec, ne nous paraît pas plus rigoureuse ; elle pêche évidemment par excès, et se ressent du rapprochement que cet auteur a fait de l'hémoptysie et des congestions sanguines pulmonaires (qu'il appelle engorgemens hémoptoïques) avec l'apoplexie. On s'aperçoit que cet habile anatomo-pathologiste, entraîné par fois à son insu par l'habitude de décrire des altérations, a fait comme les peintres qui, voulant qu'un portrait soit très-ressemblant, enexagèrent les traits. Cette description, en effet, est telle-

(1) *Traité de l'Auscultation*, tome I.er, page 365 (note).

(2) *Archives gén. de Méd.*, novembre 1828, p. 404.

(3) Rousset, *Recherches sur les hémorrhagies*. 1827.

ment amplifiée par l'addition ou la confusion de lésions étrangères, mais connexes à la maladie, qu'on ne la reconnaît pas sur les cadavres. Je déclare en outre, qu'ayant analysé les nécropsies rapportées par Hohnbaum, MM. Bouillaud et Cruveilhier, qu'ayant consulté mes notes et mes souvenirs, et même les faits rapportés par Laennec lui-même, je n'ai pas trouvé les élémens de ce tableau surchargé, composé peut-être dans le cabinet en l'absence des pièces pathologiques, ce qui est arrivé plus d'une fois à des auteurs qui veulent faire servir plusieurs faits particuliers à une même description générale (1). Il en est ainsi des signes nombreux qu'il indique. M. Cruveilhier, ne les ayant pas rencontrés, a cru pouvoir dire qu'ils avaient été admis *à priori ;* il pense aussi que ceux fournis par l'auscultation ne sont d'aucun secours pour caractériser la maladie. M. Bouillaud a cru également voir quelque chose de confus et d'inexact dans la description de Laennec (2). Les signes fournis par l'auscultation lui ont aussi paru très-incertains et difficiles à distinguer de ceux qui sont propres à l'hémoptysie; il pense même que, dans beaucoup de cas, l'obscurité du diagnostic de l'apoplexie pulmonaire est telle qu'on ne peut faire que la deviner. Enfin nous devons dire que le crachement de sang, regardé par l'auteur de l'auscultation comme le principal signe, le signe constant de la maladie qui nous occupe, manque souvent, et que lorsqu'il existe il est loin d'être le plus grave, comme il le prétend.

Pour nous résumer en quelques mots au sujet de la nature de l'apoplexie pulmonaire, nous dirons que c'est une maladie subite, qui frappe instantanément le malade,

(1) Pour peu qu'on veuille réfléchir, on sentira, je l'espère, la justesse de ces remarques, quoiqu'elles aient rapport à l'un des plus grands observateurs de notre époque.

(2) *Loc. cit.*

et qui est sans doute produite par des causes différentes de celles de l'hémoptysie ; que ses signes sont obscurs et ses caractères anatomiques moins nombreux et moins compliqués qu'on ne l'a avancé ; que son issue est toujours fatale (1); qu'enfin la mort arrive par le poumon et non par le cœur. Sous ce point de vue, cette maladie devrait plutôt être classée dans les asphyxies que dans les hémorrhagies.

Tout ce qui a trait au mécanisme et à la cause prochaine de l'apoplexie pulmonaire est fort obscur. Laennec a voulu tout expliquer par l'exhalation, sorte de théorie pathologique à laquelle Bichat donna autrefois la sanction de sa grande renommée, mais que personne n'est jamais parvenu à démontrer : l'exhalation est dans la science une de ces formules banales avec laquelle on essaie de résoudre toute espèce de problême. Un peu plus matériels sur ce point que le savant anatomo-pathologiste dont nous venons de parler, nous nous rendons difficilement compte de l'accumulation de sang qui constitue l'apoplexie pulmonaire sans le concours d'obstacles qui s'opposent à la retraite de ce liquide, tandis qu'une nouvelle quantité arrive incessamment au poumon : tels sont, par exemple, ceux qui proviennent de l'ossification des valvules du cœur, du rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires de ce viscère ; telle pourrait être encore l'hypertrophie du ventricule droit, lequel pousse alors avec violence le sang dans le parenchyme pulmonaire. Les entraves apportées à la circulation, et qui ont leur siège dans le poumon même, comme les tubercules, des points d'induration, des kystes,

(1) M. Bouillaud dit qu'il n'y avait dans la science aucun exemple d'apoplexie pulmonaire encore guérie. M. Laennec le contredit en citant un fait ; mais ce fait, qui est le seul, ne me paraît pas concluant, en ce que la nécropsie a dû manquer. (Voyez *Traité de l'Auscultation*, tome I.er, page 388).

des ossifications, peuvent produire le même effet, quoique d'une manière différente. Les résultats de l'observation viennent en général confirmer l'opinion que nous nous sommes formée de ce genre d'étiologie. En effet, la plus grande partie des faits recueillis par Laennec, MM. Bayle, Bouillaud, Cruveilhier, Rousset, Mér. Laennec, présentent des altérations organiques du cœur concomittantes, lesquelles causaient un trouble manifeste dans la circulation pulmonaire, et s'opposaient à la retraite du sang apporté par les divisions de l'artère pulmonaire. Ainsi, dans l'un des faits rapportés par Laennec, le cœur égalait en volume trois fois le poing du sujet; le ventricule droit était dilaté; le gauche, également très-dilaté, avait des parois d'un pouce d'épaisseur. La valvule mitrale était presqu'entièrement cartilagineuse, ce qui la rendait béante. Les valvules aortiques l'étaient à leur base. Dans l'autre fait, on voit que les poumons qui avaient été le siège de la congestion, étaient parsemés de plusieurs noyaux pneumoniques que l'auteur désigne sous la dénomination de *lobules* inflammatoires. Chez l'un des malades dont parle M. Bouillaud, qui a été aussi frappé de la coïncidence des lésions du cœur avec l'apoplexie pulmonaire, ce viscère était énormément distendu par du sang noir en partie liquide, en partie coagulé; toutes les grosses veines, ainsi que le foie, la rate, les reins, l'utérus, étaient gorgés de sang, etc. Chez le second malade, le péricarde contenait un verre de sérosité sanguinolente et floconneuse; le cœur, gorgé de sang et très-volumineux, avait refoulé le poumon gauche vers la clavicule; ses cavités étaient remplies de caillots fibrineux, dont plusieurs se trouvaient anciens, blanchâtres et comme carnifiés. Du reste, son volume était doublé; les parois de cet organe étaient manifestement hypertrophiées, et ses cavités considérablement accrues, tant du côté droit que

du côté gauche (1). Outre ces causes indirectes, l'auteur reconnaît encore dans le poumon même des causes mécaniques qui retenaient le sang dans le parenchyme pulmonaire, où il s'était durci et *cuit*, et était ainsi devenu par lui-même une nouvelle cause de congestion, et de plus, sans doute, un véritable obstacle à la respiration, car le sang durci dans les cellules pulmonaires n'y permet plus d'accès à l'air; ce qui explique fort bien, soit dit en passant, les difficultés de respirer dont se plaignent les malades, et qui précèdent la mort. L'observation rapportée par M. Bayle, dont nous avons parlé plus haut, offre aussi, indépendamment des lésions propres à la congestion pulmonaire, une dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche (2). Dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, on trouve également un cas d'apoplexie pulmonaire avec hypertrophie du ventricule gauche. Un garçon d'amphitéâtre, dit M. Rousset (3), entra à la Charité en 1825, pour y être traité d'un panaris; il avait depuis longtemps une hypertrophie du ventricule droit; il mourut à la suite des symptômes de l'apoplexie pulmonaire. On trouva le poumon infiltré de sang, et le ventricule droit du cœur hypertrophié.

Les lésions concomittantes de l'organe de la circulation que nous venons d'indiquer, comme cause de l'apoplexie pulmonaire, démontrent de plus en plus qu'il existe une coïncidence, un consensus de lésions comme de fonctions entre deux appareils si éminemment nécessaires à la vie, ceux de la circulation et de la respiration. Si on rapproche cette coïncidence de celle qui s'est fait remarquer depuis long-temps entre les maladies et les fonctions

(1) *Loc. cit.*
(2) *Revue médicale* Avril 1828.
(3) Thèse citée.

du cœur et du cerveau, on sera convaincu qu'il doit y avoir un rapport fondamental d'action vitale et morbide entre les trois grands et principaux organes qui sont, ainsi qu'on l'a dit figurément, le trépied de l'existence humaine (le poumon, le cœur et le cerveau).

Mémoire et observations sur les affections cutanées, décrites par Willan sous les noms de Psoriasis *et de* Lepra vulgaris, *et sur le traitement de ces affections par la pommade de goudron; par* Louis Fleury, *interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique de Paris.*

Parmi les nombreuses affections de la peau il en est deux qui, par leur fréquence presque égale à celle de la gale et de l'eczéma, la résistance qu'elles opposent à tous les moyens thérapeutiques, leur tendance à la récidive, et enfin l'aspect hideux qu'elles impriment au malade, méritent surtout de fixer l'attention des dermatologistes; je veux parler des maladies désignées par Willan sous les noms de *psoriasis* et de *lepra vulgaris.*

Ce qui distingue surtout l'herpès furfureux circinné, dit M. Alibert, c'est son caractère de persistance et de ténacité : on doit même ajouter qu'il est peu d'éruptions qui résistent autant aux ressources de l'art : sur une jeune fille que j'ai sous les yeux, tous les moyens ont échoué. »

MM. Cazenave et Schedel reconnaissent « que le psoriasis est, en général, une maladie grave, surtout à cause de sa durée opiniâtre. »

« Le psoriasis, dit M. Rayer, offre une résistance déplorable aux remèdes les plus énergiques; sa durée est toujours de plusieurs mois à quelques années. »

M. Gibert insiste également sur le caractère rebelle de cette maladie, et Billard fait remarquer que, dans cer-

tains cas, elle peut déterminer la mort, ainsi qu'il l'a vu sur un enfant de trois mois qui succomba, au bout de dix-huit jours, à un psoriasis dépourvu de toute complication.

Ces considérations m'ont déterminé à recueillir les observations des nombreux cas de psoriasis qui se sont offerts à moi à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Emery, et à en tirer ensuite des déductions qui devront être justes, puisqu'elles sont basées sur des faits, et qui se rattachent à la classification, à l'étiologie, à la symptômatologie et au traitement de cette affection.

Classification.—Depuis Mascagni et Malpighi, un grand nombre d'anatomistes se sont occupés de la structure de la peau. Malheureusement la difficulté des observations microscopiques, l'habileté toute spéciale qu'elles réclament, et la prévention dont elles sont l'objet, n'ont donné à leurs travaux que des résultats contestés. Aujourd'hui même les auteurs sont loin de s'accorder à cet égard, et il est vraiment étonnant que, dans l'état actuel de la science, on puisse encore être dans le doute entre trois théories aussi différentes que celles de MM. Gauthier, Cruveilhier et Breschet.

Cette incertitude anatomique a entouré la classification des affections cutanées de difficultés que les travaux de Willan et la méthode naturelle de M. Alibert n'ont pu surmonter, et elle a jeté une profonde obscurité dans toutes les recherches historiques qui se rattachent à cette question.

Hippocrate décrit vaguement une éruption qui paraît être le psoriasis, et il ajoute qu'elle peut siéger sur la surface interne de la vessie; Celse semble la confondre avec l'impetigo; Archigène et Aetius, les premiers, décrivent séparément le psoriasis et la lepra vulgaris, et les différencient par l'épaisseur et la consistance des squammes.

Paul d'Egine assure que la lèpre vulgaire attaque la peau plus profondément que le psoriasis, et qu'elle offre une modification dans la sécrétion épidermique; mais il ne

rapporte nullement les observations qui l'ont conduit à ces conclusions. Galien et d'autres auteurs grecs donnent au nom *lepra* l'extension que les Latins accordaient au mot *impetigo*, et décrivent, sous le nom de *lichen*, des herpès, et quelques formes d'éléphantiasis, tandis que sous le nom de *psora* ils décrivent encore deux maladies différentes: l'une étant le *psoriasis*, l'autre appartenant à l'*impetigo*. (ψωρα ελχωδης).

Parmi les médecins arabes, Serapion seul conserve la classification d'Archigène et de Paul d'Egine; les autres confondent ensemble les affections les plus différentes: ainsi ils placent la lèpre vulgaire, le psoriasis, le lichen, etc., dans l'*impetigo* ou *serpedo*, et décrivent, sous le nom de lèpre, l'éléphantiasis des Grecs.

Si maintenant on interroge les dermatologistes modernes, on rencontre presqu'autant de dissidence entr'eux.

Lorry et Plenck n'établissent de différence qu'entre la lèpre partielle et celle qui est générale, la seconde étant pour eux un impetigo.

Gordon distingue le psoriasis de la lèpre, mais il ne donne aucuns caractères différentiels, et il faut arriver à Willan pour trouver une opinion motivée.

Willan établit, dans son genre des squammes, deux espèces distinctes: le psoriasis et la lèpre. Le psoriasis comprend dix variétés basées sur des différences de forme ou de siège. L'espèce *Lepra* renferme trois variétés: la *lepra vulgaris*, la *lepra alphos* et la *lepra nigricans*. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que Willan, après avoir établi cette classification, s'empresse d'avouer que la lèpre vulgaire offre la plus grande analogie avec le psoriasis, tandis qu'elle n'a presque rien de commun avec les deux autres variétés de son espèce.

Or, quels sont les caractères distinctifs que Willan reconnait entre le psoriasis et la lèpre vulgaire? Ce sont *de légères différences dans la forme, la situation des*

taches ; et l'épaisseur de la sécrétion épidermique ; l'absence, dans le psoriasis, d'un cercle inflammatoire et son caractère de périodicité relativement aux saisons.

Remarquons bien que Willan n'admet un *centre déprimé* que dans la *lepra alphos*, et que nulle part il ne dit que ce centre soit *sain ;* remarquons encore que Willan rapporte, d'après Sinclair, que lorsqu'on emploie, pour le traitement de la lèpre vulgaire, une décoction de Daphné mézéréum, les taches guérissent du centre à la circonférence, tandis que la desquammation suit une marche opposée lorsqu'on prescrit le mézéréum (1).

En résumé, Willan dépeint ainsi la lèpre vulgaire : *Cette affection est donc constituée par des taches squammeuses ovales ou plus ou moins exactement circulaires, entourées d'un cercle inflammatoire : elles sont ordinairement assez éloignées les unes des autres, mais elles peuvent aussi se réunir et couvrir tout le corps.*

MM. Cazenave et Schedel insistent beaucoup sur la nécessité de distinguer la lèpre vulgaire du psoriasis, et ils assignent comme caractères à la première de présenter des *taches régulièrement circulaires, d'un diamètre toujours assez considérable, et offrant un centre sain et déprimé.* Ils avouent toutefois *qu'il est souvent très-difficile de distinguer la* lepra vulgaris *du* psoriasis guttata, *et que, dans certaines circonstances, la première semble se changer en psoriasis.* Du reste ils indiquent, pour les deux affections, le même siège et le même traitement.

Remarquons que l'indication tirée de la présence d'un *centre sain et déprimé* appartient exclusivement à MM. Cazenave et Schedel, et nullement à Willan : or, pour que

(1) Les Arabes distinguaient le Daphné mézéréum (de la famille des thymélées), du mézéréum, mézéréon ou rion, nom qu'ils donnaient à la camelée, *Chearium ticoccum* (de la famille des térébinthacées), et qu'ils employaient comme purgatif.

cette circonstance constitue un caractère distinctif, il faut que l'éruption revête cette forme dès son début, et non que celle-ci soit consécutive au traitement, car alors elle ne constituerait plus qu'un mode particulier de guérison étranger au diagnostic.

M. Alibert réunit la lèpre vulgaire et le psoriasis dans son genre *Herpes* : il appelle la première, *Herpes furfuraceus circinnatus ;* le second, *Herpes squammosus lichenoïdes*, et il rattache le *psoriasis gyrata* à la première variété. M. Dauvergne, son élève (Thèse, n.° 324, 1833), place la lèpre vulgaire dans l'ordre des squammes, le psoriasis dans celui des papules, sans justifier cette classification. M. Rayer croit devoir, d'une part, décrire séparément ces *deux maladies, ou, si l'on veut, ces deux variétés*, et assigne *à la lèpre vulgaire des plaques dont le centre est déprimé, mais non sain* (opinion également différente de celle de Willan et de celle de MM. Cazenave et Schedel), au psoriasis des *squammes moins régulières, à bords moins enflammés et moins élevés, un contour plus irrégulier, un centre toujours élevé* (nouveau caractère donné par M. Rayer). D'autre part, il reconnaît que *le psoriasis guttata est une forme intermédiaire entre la lèpre et le psoriasis, qui ne sont d'ailleurs que deux degrés d'une même inflammation, et par conséquent souvent associés.*

M. Gibert pense que « les mots de *psoriasis* et de *lepra vulgaris* doivent s'appliquer à des affections cutanées de la même nature, et qui ne diffèrent entre elles que par la forme, en sorte que l'on peut très-bien n'en faire que deux variétés d'une même maladie. »

M. Martins (Thèse, n.° 216, 1834), s'exprime ainsi : « Au début, le *psoriasis* se présente toujours sous la forme du *psoriasis guttata* : les gouttes, en s'étendant, prennent le nom de *psoriasis diffusa* : alors il peut arriver deux choses, ou bien les plaques s'étendent, se réunissent, s'élèvent ; la sécrétion épidermique devient de plus en plus abondante,

et nous avons le *psoriasis inveterata* qui se rapproche des tubercules, ou bien les plaques se guérissent au centre, forment des cercles qui se joignent en s'aggrandissant, et alors on a le *psoriasis circinnata*. Le genre *lepra* que Willan avait établi, pour désigner cet état, ne saurait subsister, car la *lepra vulgaris* n'est qu'une des terminaisons du *psoriasis guttata*. Je pourrais appuyer cette opinion d'un grand nombre de faits recueillis dans le service de M. Biett, et de l'autorité de Wolf, de Schœnlein, etc.

Mais les argumens de M. Martins ne répondent à personne ; car, ainsi que je l'ai fait remarquer, Willan n'admet pas que, dans la *lepra vulgaris*, le centre des plaques soit primitivement ou consécutivement sain, et MM. Cazenave et Schedel considèrent cette forme comme antérieure à tout traitement. Il résulte de ceci, que les observations de M. Martins peuvent être, et, dans mon opinion, sont en effet exactes, mais que les conséquences qu'il en a tirées ne résolvent nullement la question.

MM. Plumbe et Duffin considèrent la *lepra vulgaris* comme une onzième variété du psoriasis, et cette opinion est partagée par M. Emery, qui en démontre tous les jours la justesse aux nombreux élèves qui suivent ses visites. Nous allons voir, en effet, qu'elle est justifiée par l'observation, et qu'elle s'accommode également des caractères différens assignés à la lèpre vulgaire, par Willan, MM. Cazenave et Schedel, et Rayer.

Voilà ce que m'ont appris mes recherches.

Tout psoriasis débute par de petits points rouges, comme érythémateux, et si on examine leur surface à la loupe, on la voit recouverte par de petites croûtes sèches, fendillées, blanches, luisantes, plus ou moins adhérentes, et prenant de l'épaissseur de dedans en dehors, plus ou moins rapidement : ce sont des squammes.

Lorsque ces points squammeux sont très-rapprochés les uns des autres, ils se réunissent de suite et forment de

larges plaques, de formes irrégulières, qui constituent les variétés *diffusa* ou *gyrata*; lorsqu'ils sont plus éloignés, ils restent isolés, augmentent de dimension en conservant presque toujours une forme à-peu-près circulaire, et forment alors le *psoriaris guttata* qui devient *circinnata*, lorsque les gouttes squammeuses ont atteint la grandeur d'une pièce de vingt, de trente ou de quarante sous, limites qu'elles dépassent rarement. Dans ce cas, le centre de la plaque est toujours *malade*, mais il peut être *déprimé* (*lepra vulgaris* de Willan), ou *élevé* (*psoriasis* de M. Rayer), selon que la sécrétion épidermique s'accumule au centre ou à la circonférence, circonstance qui n'est assujétie à aucune règle, mais qui exerce une influence constante sur le mode de guérison, la desquammation suivant toujours une marche opposée à celle de la sécrétion épidermique, ce qu'il est d'ailleurs facile de concevoir, indépendamment de l'administration du daphné ou du mézéréum. Lorsque les plaques guérissent du centre à la circonférence, on a la lèpre vulgaire décrite par M. Martins.

Enfin dans d'autres cas beaucoup plus rares, les points squammeux isolés se réunissent par leur circonférence en circonscrivant un espace de peau qui reste *sain*, et en formant ainsi des cercles plus ou moins réguliers (*lepra vulgaris* de MM. Cazenave et Schedel).

Or, si l'on considère que ces différentes formes de la même maladie sont presque toujours combinées ensemble, et que souvent on les rencontre toutes sur le même individu (*voyez* observations N.os 2, 3, 6, 12, 18, 21), que l'épaisseur des squammes n'a rien de régulier, rien de constant pour aucune d'elles, enfin que rien n'est plus variable que la présence du cercle inflammatoire indiqué par Willan, et que, d'ailleurs, on le rencontre aussi bien autour des plaques du *psoriasis circinnata* que de celles du *diffusa* ou du *gyrata*, on sera, je crois, en droit de conclure que les dermatologistes les plus modernes ne s'accor-

dent pas encore pour caractériser la *lepra vulgaris* : que celle de Willan n'est autre chose que le *psoriasis circinnata* ; celle de M. Martins, cette même affection en voie de guérison, et celle de MM. Cazenave et Schedel, une variété de cette même éruption qu'avec Schœnlein on peut appeler *psoriasis leprades*.

Etiologie. — Les causes du psoriasis sont obscures, dit Bateman (*On the whole, the causes of this disease are involved in much obscurity*), et cette affection se montre dans des circonstances si variées, qu'il paraît impossible de déterminer rigoureusement celles qui peuvent donner lieu à son développement. MM. Rayer et Billard pensent que le psoriasis est souvent héréditaire ; MM. Cazenave et Schedel, « qu'il survient assez fréquemment, quoi que l'on en ait dit, après l'ingestion d'alimens salés, de poissons de mer » ; d'autres auteurs assurent que cette éruption est souvent liée à une phlegmasie chronique gastro-intestinale ; enfin Willan la croit souvent produite par l'impression du froid ou de l'humidité, et Bateman, qui n'admet l'efficacité de cette influence qu'autant qu'elle est favorisée par une prédisposition particulière, avoue cependant qu'il a vu des psoriasis apparaître sur des individus qui, à la suite d'un violent exercice, avaient eu le corps en sueur. (*In some cases, it has commenced asted violent and continued exercise, by which the body had been much heated and fatigued.* (Bateman, page 29).

Voici les résultats fournis par les quarante observations qui servent de base à ce travail.

1.° Je n'ai pu constater l'influence, même probable, de l'alimentation.

2.° Je n'ai pas rencontré de psoriasis héréditaire : une seule fois, j'ai vu trois frères être atteints de cette affection, mais ni leurs parens, ni leurs enfans n'avaient offert trace de cette éruption ou de toute autre maladie cutanée. (*Voyez* obs. n.° 7).

3.° Quatre fois j'ai constaté une phlegmasie gastro-intestinale ; mais elle n'avait existé que passagèrement, et bien avant le début du psoriasis. Dans tous les autres cas, les voies digestives des malades étaient dans le meilleur état. (*Voyez* obs. 1, 6, 16, 17).

4.° L'âge m'a offert un résultat analogue à celui que l'on obtient pour les maladies inflammatoires : ainsi 22 malades avaient de 16 à 30 ans, 10 de 30 à 40, 3 de 40 à 50, et 5 de 50 à 60 ans.

5.° La considération du sexe m'a donné le chiffre 27 pour les hommes, et 13 pour les femmes.

6.° Chez les femmes, la menstruation ne m'a paru exercer aucune influence.

7.° Quinze fois j'ai dû rapporter le début de l'affection à une cause externe ayant agi pendant plus ou moins de temps sur l'enveloppe cutanée : ainsi, passage subit du chaud au froid, exposition prolongée à une température très-haute ou très-basse, à l'humidité, immersion dans un liquide irritant, contact avec des substances pulvérulentes. (*Voyez* obs. 1, 3, 4, 9, 11, 20, 21, 24, 29, 31, 34, 36, 38, 39, 40).

8.° Neuf fois l'affection avait le type intermittent, c'est-à-dire, qu'elle disparaissait spontanément en automne pour reparaître au printemps suivant. (*Voyez* obs. 12, 13, 18, 19, 23, 27, 29, 30, 35).

Or, si l'on tient compte des quinze observations dans lesquelles l'éruption a presque toujours débuté sur le point même où une cause externe s'était exercée, des neuf autres où la saison a exercé sur elle une influence manifeste, et si l'on remarque que dans les seize restantes, où la cause de l'affection n'a pu être suffisamment appréciée faute de renseignemens précis, les malades étaient presque tous des ouvriers, des cochers, des cuisinières, etc., c'est-à-dire, des individus habituellement exposés aux variations atmosphériques, ou occupés à des travaux gros-

siers et sales, on pourra, je crois, admettre, que dans la grande majorité des cas, le psoriasis est le résultat d'une inflammation cutanée qui se développe, comme sur plusieurs membranes muqueuses, sous l'influence des agens atmosphériques.

Quant au siège précis de cette inflammation, j'essaierai de le déterminer dans un autre travail, mais auparavant je devrai répéter les expériences à l'aide desquelles M. Breschet a pu constater l'organisation qu'il vient d'assigner à la peau.

Symptomatologie.—J'ai déjà indiqué la marche que suit le psoriasis depuis son début jusqu'à son degré le plus grave, et il me reste peu de chose à dire.

1° Sept fois l'éruption à conservé la forme *guttata* (*Voyez* observations 5, 8, 13, 17, 22, 23, 26); neuf fois elle a offert réunies sur le même malade les formes *guttata* et *circinnata* (*Voyez* observations 4, 9, 18, 31, 36, 37, 38, 39, 40); huit fois les formes *guttata* et *diffusa* (*Voyez* observations 1, 7, 14, 24, 25, 27, 29, 30); huit fois les formes *guttata*, *circinnata* et *diffusa* (*Voyez* observations 6, 12, 16, 19, 28, 32, 33, 34); une fois les formes *circinnata* et *leprades* (*Voyez* observation 20); cinq fois les formes *guttata*, *circinnata* et *diffusa*, et *leprades* (*Voyez* observations 2, 3, 15, 21, 35); enfin deux fois la forme *inveterata* (*Voyez* observations 10, 11). Il suit de là que la forme *guttata* s'est montrée 37 fois, la *circinnata* 23 fois, la *diffusa* 21 fois, la *leprades* 6 fois et *l'inveterata* 3 fois.

2°. Je n'ai trouvé le cercle inflammatoire indiqué par Willan que très-rarement; il n'a rien de régulier dans son existence, et disparait après quelques jours de traitement.

3° Quant au siège, huit fois l'éruption n'occupait que les membres (*Voyez* observations 1, 14, 17, 26, 30, 31, 39, 40); une fois le tronc seulement (*Voyez* observation 16.); onze fois les membres et le tronc (*Voyez* observations 2, 4, 7, 8, 11, 12, 22, 23, 28, 29, 36); trois fois les membres, le tronc

et la face (*Voyez* observations 3, 18, 20) ; dix fois les membres, le tronc et le cuir chevelu (*Voyez* observations 5, 15, 19, 25, 27, 32, 34, 35, 37, 38) ; deux fois, les membres, la face et le cuir chevelu (*Voyez* observations 6 et 33) ; cinq fois, la maladie était générale. En groupant ces chiffres différemment, on voit que les membres ont été atteints 39 fois, le tronc 30 fois, le cuir chevelu 17 fois, et la face 10 fois.

4°. Le prurit a existé 21 fois à différens degrés ; je n'ai pu rattacher son existence, ni à la forme, ni à l'ancienneté de l'affection.

5° Dans aucun cas, le psoriasis n'a donné lieu à des symptômes généraux.

Traitement.—Le psoriasis est peut-être la maladie contre laquelle le plus grand nombre de médicamens aient été préconisés, et on a successivement vanté les purgatifs, le daphné mézéréum, le rhus radicans, la douce-amère, les sulfureux, l'antimoine, le précipité blanc de mercure, les oxydes de zinc, de plomb, les sulfures de potasse, de chaux, l'iode seul ou associé au plomb, au mercure, au soufre, etc. Mais ces différens moyens sont presque tous abandonnés aujourd'hui, et quatre méthodes seulement étaient mises en usage à l'hopital St-Louis, lorsque M. Emery y commença les expérimentations dont ce travail n'est en partie que la production.

M. Alibert administre le soufre à l'intérieur et cautérise les plaques squammeuses avec une dissolution de nitrate d'argent : ce traitement que nous avons aussi vu employé par M. Piorry n'a qu'une efficacité très douteuse : continué pendant un grand nombre de mois, il n'amène souvent aucune amélioration.

M. Biett employe trois méthodes différentes : les purgatifs que condamne Willan, la teinture de cantharides et les préparations arsénicales : l'administration de ces agens thérapeutiques demande a être continuée pendant

un tems assez long, surtout si l'on tient compte des suspensions de traitement que nécessite l'apparition presque constante de symptômes inflammatoires sur les voies digestives ou urinaires, symptômes que la plus grande circonspection peut arrêter, mais non prévenir.

Enfin, M. Emery, frappé des inconvéniens qu'offraient les différentes médications oppposées au psoriasis, voulut se convaincre par lui-même si la pommade de goudron conseillée par Plumbe était aussi inefficace qu'on le prétendait; et il traita tous les malades atteints de cette éruption de la manière que j'ai indiquée dans les observations ci-jointes, c'est-à-dire qu'il leur prescrivit à l'intérieur une décoction de pensée sauvage, ou de la limonade sulfurique, et à l'extérieur l'onction de tous les points squammeux avec une pommade composée de goudron ℥ j, axonge ℥ iij; il ajouta des bains sulfureux ou de vapeur.

Voici les résultats obtenus par cette médication (1).

1°. La plus prompte guérison a eu lieu au bout de douze jours (*Voyez* observation 17), la plus longue au bout de cent neuf (*Voyez* observation 11); dix guérisons ont eu lieu du douzième au vingtième jours (*Voyez* observ. 2, 9, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 30, 31); quatre du vingtième au trentième (*Voyez* observations 4, 13, 24, 25); neuf du trentième au quarantième (*Voyez* observations 5, 6, 20, 22, 25, 36, 37, 38, 39); trois du quarantième au cinquantième, (*Voyez* observations, 1, 19, 21); quatre du cinquantième au soixantième (*Voyez* observations 3, 12, 33, 35); deux du soixantième au soixante-dixième (*Voyez* observations 11, 34); une du quatre-vingtième au quatre-vingt-dixième

(1) On objectera peut-être à ces résultats l'emploi des bains médicamenteux; mais chacun sait que les bains seuls ne guérissent pas le psoriasis, et que d'ailleurs on les associe à toutes les méthodes de traitement employées contre cette éruption. J'espere, au reste, pouvoir dans un autre travail constater l'efficacité du goudron employé *seul*.

(*Voyez* observation 32); deux du centième au cent-dixième (*Voyez* observations 9, 10).

2°. Parmi ces guérisons, l'une a eu lieu au bout de quarante jours sur un malade qui n'avait été guéri précédemment de la même affection, par un traitement antiphlogistique, qu'après cent cinq jours (*Voyez* observation 5); l'autre au bout de vingt-deux jours sur un malade qui pendant trente-neuf jours avait subi sans résultats un traitement par la solution de Fowler (*Voyez* observation 24); une troisième au bout de quatorze jours sur un malade que six mois de traitement par les cantharides n'avaient pu guérir (*Voy.* observation 30); une quatrième au bout de cinquante sept jours sur un individu dont la maladie avait résisté pendant deux mois à l'iode, et pendant trois mois à la solution de Fowler (*Voyez* observation 33); enfin une cinquième au bout de trente-neuf jours sur un malade que la même solution n'avait guéri qu'au bout de quatre mois. (*Voy.* obs. 36).

3°. Aucun cas de psoriasis n'a résisté au goudron, tandis que 20, 39 et 90 dix jours de traitement par la solution de Fowler, six mois par les cantharides, et trois mois par les mercuriaux n'ont eu aucune influence sur cette éruption, (*Voyez* observations 7, 30, 33.)

4°. Le traitement par le goudron n'a jamais eu d'autre inconvénient que celui de déterminer trois fois un léger érythème que deux ou trois jours de suspension faisaient disparaître (*Voyez* observations 4, 5, 10).

5°. L'ancienneté de la maladie ne paraît exercer que peu d'influence sur la guérison; car des psoriasis datant de 3, 4, 5 mois et un an ont guéri en 12, 14, 22, 40 et 57 jours (*Voyez* observations 4, 6, 17, 27, 29, 33, etc.), tandis que d'autres qui ne comptaient que 30, 45 ou 60 jours d'invasion ont résisté pendant 55, 68 et 100 jours (*Voyez* observations 9, 12, 34).

6°. J'ai observé six récidives : elles ont eu lieu après des traitemens par les arsénicaux ou les cantharides, comme après celui par le goudron. (*Voy.* obs. 3, 5, 7, 12, 13, 40).

OBS. I.re — 1.re *Affection. 59 jours d'invasion. 26 ans. Cause probable : température très-élevée. Psoriasis guttata et diffusa. Siège : membres. Prurit. Guérison en 41 jours.* — Le 12 mars 1836, a été couché au n.° 16 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Enoux, ferblantier, né à Saint-Malo, demeurant à Paris, rue de la Roquette, n.° 24, âgé de 26 ans. Ce malade est robuste et d'un tempérament sanguin, et il s'était toujours bien porté, lorsque tout-à-coup, et sans cause connue, il fut pris d'un dévoiement opiniâtre qui dura pendant deux mois, et qui disparut enfin sous l'influence de lavements, de cataplasmes, de tisanes de riz gommé, etc. Six semaines après la cessation de la diarrhée, les digestions du malade étant fort bonnes, il aperçut une tache ronde sur le bras droit. Il n'y fit d'abord aucune attention ; mais bientôt d'autres taches se développèrent, les membres inférieurs en présentèrent aussi, et c'est alors que Enoux se présenta à l'hôpital. Remarquons qu'après la cessation de sa diarrhée il avait repris ses occupations, et que celles-ci le plaçaient auprès d'une forge.

Aujourd'hui son état général est très-bon ; il mange avec appétit, digère très-bien ; ses selles sont régulières et normales. On voit sur les bras et les avant-bras des plaques assez nombreuses de *psoriasis guttata*, et la face interne des cuisses est recouverte de larges plaques squammeuses (*psoriasis diffusa*). Le malade éprouve un prurit intense ; la sécrétion épidermique n'est pas fort épaisse, et les squammes se détachent assez facilement. On lui donne de la limonade sulfurique, de la pommade de goudron, et des bains de vapeur qu'il alterne avec des bains sulfureux.

Le 14 mars, les squammes sont tombées et les démangeaisons ont beaucoup diminué.

La maladie marche vers la guérison, mais d'autres plaques se développent à mesure que les unes disparaissent ; les larges surfaces squammeuses des cuisses persistent.

Le 15 avril, on n'aperçoit plus de sécrétion épidermi-

que; la peau est seulement encore fendillée et sèche : le malade n'éprouve plus de démangeaisons.

Le 23 avril, Enoux sort complètement guéri.

Obs. II.e — 1.re *Affection. 49 jours d'invasion. 17 ans. Cause inconnue. Psoriasis guttata, diffusa, inveterata, circinnata, lepra vulgaris. Siège : membres et tronc. Guérison en dix-neuf jours.* — Le 26 mars 1836, a été couché au n.o 1 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Fraize, tourneur en chaises, né à Chany, demeurant à Paris, rue des Prêcheurs, n.o 34, âgé de 17 ans. Ce malade est fort, vigoureux, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin ; ses digestions ont toujours été bonnes; il n'a jamais été malade; ses parens n'ont jamais eu de dartres et se portent très-bien. Au commencement de février, et sans qu'il puisse rattacher à aucune cause l'invasion de sa maladie, il aperçut sur plusieurs parties de son corps de petites élevures rondes (*psoriasis guttata*), auxquelles il ne fit d'abord aucune attention, et qu'il prit pour des boutons ordinaires. Au bout d'une quinzaine de jours, le nombre de ces taches avait beaucoup augmenté, et plusieurs d'entr'elles se réunissaient et formaient des plaques rondes de la grandeur d'une pièce de vingt sous à-peu-près, dont le centre sain était entouré d'un bourrelet semblable aux taches isolées primitives qui existent encore. Le malade éprouve alors des démangeaisons violentes, et se décide à entrer à l'hôpital.

Son état général est bon; on voit sur tout le dos, les bras, les cuisses et les jambes de ce malade, des plaques de psoriasis affectant diverses formes, et constituant ainsi presque toutes les variétés admises de cette maladie. Ainsi sur le dos, on voit de larges plaques irrégulières (*psoriasis diffusa* et *inveterata*). Sur les jambes, les cuisses et les bras, on voit en même temps les petites taches isolées primitives (*psoriasis guttata*), et les circonférences qu'elles ont formées plus tard (*psoriasis circinnata, lepra vulgaris* de Willan).

La sécrétion épidermique est abondante ; les croûtes sont dures, épaisses, très-adhérentes à la peau ; le malade éprouve des démangeaisons violentes.

On lui prescrit : limonade sulfurique (acide sulfurique g.ttes xx; eau ℔j) ; une pilule de calomel, tous les jours de un grain, et des frictions avec la pommade de goudron. (Goudron ʒj ; axonge ℥j).

Au bout de deux jours, les croûtes se ramollissent et tombent : on donne alors au malade des bains sulfureux. Au bout de six jours, on supprime les pilules de calomel, sans toutefois qu'elles aient donné lieu à aucun accident.

Le 8 avril. La maladie a rapidement marché vers la guérison ; la sécrétion épidermique ne se reproduit pas ; les démangeaisons ont cessé.

Le 15 avril, on ne trouve à la place des points couverts, il y a peu de jours, de croûtes épaisses, que la cicatrice brune très-bien indiquée par M. Martins, et le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri, après dix-neuf jours de traitement.

Obs. III.e — *Deux récidives. 20 jours d'invasion. 23 ans. Cause probable : température élevée. Psoriasis guttata, diffusa, circinnata. Lepra vulgaris. Siége : membres, tronc, face. Prurit. Guérison en 53 jours.* — Le 11 avril 1836, a été couché au n.° 2 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Lecaudé, fondeur en cuivre, âgé de 23 ans, né à Paris, et demeurant rue des Ecluses-Saint-Martin, n.° 9. Ce jeune homme est d'un tempérament sanguin ; il est robuste, n'a jamais fait de maladie ; son canal alimentaire est parfaitement sain. Ses parens n'ont jamais eu de dartres. Son état l'expose habituellement à une forte chaleur.

En 1833, Lecaudé remarqua pour la première fois sur ses jambes quelques boutons pour lesquels on lui conseilla des bains de son ; il en prit en effet pendant un an. Mais la maladie ayant toujours continué à faire des progrès, il entra dans le service de M. Emery, et y resta deux mois

pendant lesquels il suivit le traitement ordinaire. Au bout de ce temps il sortit parfaitement guéri et resta dans l'hôpital en qualité d'infirmier. Pendant quatre mois rien ne reparut, mais alors de nouvelles plaques se manifesterent sur le corps, les membres et la figure, et augmentèrent rapidement pendant deux mois et demi. Le malade rentra alors dans le service de M. Emery, et sortit une seconde fois, au bout de six mois, parfaitement guéri, pour retourner à son atelier. Là, sous l'influence de la chaleur qu'on peut regarder comme la cause probable de l'affection première, la maladie reparut au bout de trois semaines, et c'est alors que Lecaudé fut reçu pour la troisième fois, et couché au n.° 2 de la salle Victoire.

Aujourd'hui ce malade présente de nombreuses plaques de psoriasis sur les membres, la poitrine et la figure; on voit la sécrétion épidermique revêtir toutes les formes indiquées par les auteurs. Ainsi on voit du *psoriasis diffusa*, *guttata*, *circinnata* et de la *lepra vulgaris*.

On prescrit de la limonade sulfurique, la pommade de goudron, des bains sulfureux.

Au bout de trois jours les croûtes se ramollissent et tombent; au-dessous la peau est rouge et luisante. Le malade n'éprouve plus de démangeaisons.

La maladie suit sa marche accoutumée, cependant plus lentement qu'à l'ordinaire; ce qu'on peut attribuer peut-être au peu de soin que prend le malade de se frictionner.

Le 15 mai, la plupart des anciennes plaques ont complètement disparu, quelques nouvelles se sont montrées, mais les croûtes sont très-minces.

Le malade sort guéri le 3 juin.

Obs, IV.e — *Première affection. Invasion,* 120 *jours.* 56 *ans. Cause probable : variations de température. Psoriasis guttata et circinnata. Siége : membres et tronc. Prurit. Guérison en* 22 *jours.* — Le 23 avril 1836, a été couché au n.° 15 de la salle Sainte-Victoire, le nommé

Debaure, journalier, âgé de 56 ans, né à Versailles et demeurant à Paris, rue de l'Oursine, n.° 103. Ses parens, son frère et sa sœur n'ont jamais eu de dartres, et lui-même s'est toujours bien porté. Ses voies digestives sont en bon état. Remarquons que cet homme travaille principalement dans les carrières en hiver et dans les glacières en été.

Il y a quatre mois, Debaure aperçut pour la première fois sur ses bras, ses cuisses et sa poitrine quelques petites gouttes de psoriasis auxquelles il ne fit aucune attention, mais leur nombre augmentant sans cesse, il se décida à entrer à l'hôpital.

Aujourd'hui ce malade présente quelques petites taches de *psoriasis guttata* sur les bras et la poitrine; sur les cuisses elles sont plus larges et plus nombreuses, et prennent la forme de *psoriasis circinnata*. Du reste, la sécrétion épidermique est peu abondante et peu adhérente, la peau cependant est assez enflammée. Le malade éprouve quelques démangeaisons.

On prescrit le traitement ordinaire.

Au bout de trois jours les croûtes sont tombées ; mais il s'est développé un léger érythème qui engage à suspendre momentanément la pommade de goudron.

Au bout de cinq jours on reprend le traitement, et le malade sort guéri le 15 mai.

Obs. V.° — *Une récidive. Invasion,* 30 *jours ;* 23 *ans; cause inconnue. Psoriasis guttata compliqué. Siége: membres, tronc, cuir chevelu. Prurit. Guérison en* 40 *jours.* — Le 24 avril 1836, est entrée au n.° 21 de la salle Napoléon la nommée Frappart, domestique, âgée de 23 ans, née et demeurant à Lagny. Personne, dans sa famille, n'a eu de dartres; quant à elle, elle a eu, étant enfant, la *gourme* et des ophthalmies assez fréquentes. Ses voies digestives ont toujours été en bon état. Ses menstrues, qui se sont établies à 13 ans, sont régulières, mais accompagnées de douleurs. Il y a six ans, Frappart aperçut pour la pre-

mière fois des plaques de psoriasis sur les bras et l'abdomen. Elle entra dans le service de M. Manry, où on lui administra des bains simples en même temps qu'on lui fit des saignées répétées. Au bout de trois mois et demi elle sortit guérie.

Il y a un mois, la maladie se reproduisit sans cause connue, débuta par le cuir chevelu, et s'étendit bientôt à tout le corps. C'est alors que la malade se présenta à la consultation de M. Emery,

Aujourd'hui, tout le cuir chevelu est couvert de squammes. On voit sur les jambes, la poitrine, le dos, le ventre, le cou, les cuisses, une énorme quantité de taches de *psoriasis guttata* tellement rapprochées les unes des autres que ce n'est qu'en examinant de près que l'on aperçoit entre elles de petits intervalles où la peau est saine. Sur les bras et le dos on aperçoit de larges plaques d'un aspect différent; ainsi la peau est rouge, sillonnée de fentes qui laissent écouler un peu de sérosité sanguine, les squammes sont grandes et minces, et l'affection se rapproche de l'eczéma; en d'autres endroits on voit l'épiderme soulevé par du pus, comme dans le pemphygus. La malade offre un aspect hideux, et dit éprouver de violentes cuissons, plutôt que des démangeaisons. On lui prescrit le traitement ordinaire.

Le 27 avril, une grande partie des croûtes sont tombées, et la peau est plus enflammée qu'elle ne l'était ; les mains, qui n'ont pas été frictionnées, sont couvertes de taches érythémateuses.

Le 2 mai, l'inflammation de la peau a beaucoup diminué; celle-ci est fendillée, sèche et rugueuse ; les mains sont en desquammation sans avoir été le siège d'aucune autre affection que l'érythème indiqué.

Le 6 mai, la malade se sent beaucoup mieux ; les croûtes sont toutes tombées ; la peau offre encore le même aspect, et on voit encore çà et là de petites collections de

sérosité ou de pus sous l'épiderme. La peau, sous l'influence de la pommade de goudron, s'est enflammée pendant quelques jours; elle était rouge, luisante, douloureuse; mais tous ces symptômes ont bientôt disparu; elle est devenue plus douce : les fentes dont elle était parsemée s'effacent; de larges plaques d'épiderme tombent, et la malade se sent beaucoup mieux.

Le 23 mai, la peau est presque revenue à son état naturel.

Le 3 juin, la malade sort parfaitement guérie.

Obs. VI.° — 1.re *Affection. Invasion* 150 *jours.* 25 *ans. Cause inconnue. Psoriasis guttata, diffusa et circinnata. Siège : membres, cuir chevelu, face. Prurit. Guérison en* 40 *jours.* — Le 26 avril 1836, a été couchée au n.° 15 de la salle Napoléon, la nommée Champenois, domestique, âgée de 25 ans, née à Charentroy, et demeurant quai Napoléon, n.° 21. Personne dans sa famille n'a jamais eu de dartres; quant à elle, sa santé a toujours été bonne; cependant elle éprouve quelquefois des maux d'estomac et a du dévoiement. Réglée à 14 ans, sans aucune douleur, la menstruation a toujours été irrégulière et peu abondante.

Il y a cinq mois, sans cause connue, Champenois aperçut pour la première fois une petite tache dartreuse sur le coude gauche; bientôt d'autres se montrèrent sur d'autres parties du corps. La malade éprouva des démangeaisons violentes, et se décida à entrer à l'hôpital.

Aujourd'hui on voit des taches nombreuses de *psoriasis guttata* sur les membres inférieurs et supérieurs, des plaques plus larges de *psoriasis diffusa* sur les genoux et les coudes; sur le mollet droit une plaque régulière de *psoriasis circinnata*; enfin le cuir-chevelu est entièrement couvert de *psoriasis diffusa*, et une plaque s'est développée à l'angle externe de l'œil gauche. La sécrétion épidermique est peu épaisse et se détache facilement; les plaques ne sont pas entourées d'une auréole inflammatoire. Cependant

lorsque l'on enlève une croûte, on trouve au-dessous d'elle la peau érythémateuse.

On prescrit le traitement ordinaire. La maladie suit sous son influence la marche habituelle, et la malade sort guérie le 15 mai.

Obs. VII.e — *Cinq récidives. 32 ans. Cause inconnue. Psoriasis diffusa, circinnata, lepra vulgaris. Siège: membres et tronc; pas de prurit.* — Le 30 avril 1836, a été couché au n.° 17 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Burnot, journalier, âgé de 32 ans, né à Mâcon, et demeurant rue Rochechouart, n.° 66. L'observation de ce malade offre des circonstances fort curieuses.

Ses parens n'ont jamais eu de dartres; il a deux sœurs qui n'en ont également jamais été affectées; mais il a aussi deux frères qui tous les deux portent la même affection que lui. L'un d'eux est marié depuis dix-sept ans: sa femme et ses enfants se portent très-bien.

Burnot a toujours joui d'une bonne santé; l'état de ses voies digestives a toujours été parfait. En 1825, et sans cause connue, il fut affecté pour la première fois d'un psoriasis qui devint général en peu de temps, et pour lequel il entra à l'hôpital de Barcelone, où il fut soumis pendant quatre mois à un traitement mercuriel des plus énergiques (55 frictions mercurielles et 58 doses de liqueur de Van-Swiéten), qui ne produisit aucun changement dans son état. Burnot alla alors aux eaux de Calda, et y resta deux mois. Il éprouva quelque soulagement, mais ne pouvant cependant se guérir complètement, il entra à l'hôpital de Montpellier, où on lui administra pour unique traitement des pilules de *rhus radicans*. Il ne vit aucune modification à son état, et se rendit enfin en 1826 aux eaux de Barèges, qui le guérirent radicalement en deux mois.

En 1827, et sans cause connue, l'affection reparut; Burnot retourna à Barrèges, et obtint également en deux mois une seconde guérison.

En 1829, Burnot, étant en Morée, fut de nouveau couvert d'un psoriasis général, et en 1830 il entra à St.-Louis, dans le service de M. Lugol. Là, on lui donna des bains iodurés pendant six semaines. Au bout de ce temps, Burnot quitta l'hôpital, soulagé, mais non guéri.

En 1832, l'affection ayant repris toute sa violence, le malade rentra chez M. Lugol, qui, cette fois, lui administra des bains sulfureux pendant trois mois : ils ne produisirent aucun effet, et le malade voulut quitter l'hôpital.

Au mois de septembre de la même année, Burnot entra dans le service de M. Emery, qui le soumit à son traitement ordinaire, et le malade sortit parfaitement guéri au bout de sept semaines.

En 1834, l'affection reparut : Burnot rentra chez M. Emery, mais des affaires de famille le forcèrent à quitter l'hôpital au bout d'un mois.

En 1835, Burnot fut admis pour la troisième dans la salle Sainte-Victoire, et sortit guéri au bout de 55 jours.

Enfin, aujourd'hui, l'affection se présente encore dans toute son intensité : on voit, sur les membres et sur tout le tronc, d'épaisses croûtes blanches, écailleuses, et offrant le type de la sécrétion épidermique qui caractérise le *psoriasis*; les plaques ont les formes les mieux circonscrites, et on trouve parfaitement dessinés le *psoriasis diffusa*, *circinnata*, la *lepra vulgaris* ; la peau n'est rouge nulle part ; le malade n'éprouve aucune démangeaison.

On lui prescrit six gouttes de solution de Fowler, par jour.

Le 9 mai, le malade se plaint d'avoir eu de la fièvre et d'éprouver des douleurs dans le testicule droit : on reconnaît un abcès des bourses, et on donne issue au pus. On suspend la solution de Fowler.

Le 17, l'abcès est guéri; on reprend la solution.

Le 25, le malade prend neuf gouttes de solution ; on ne remarque aucune modification dans la maladie.

Le malade veut quitter l'hôpital le 29 mai, sans être guéri.

Obs. VIII.e — 1.re *Affection. Invasion* 60 *jours.* 59 *ans. Cause inconnue. Psoriasis guttata. Siège : membres et tronc. Prurit. Guérison en* 15 *jours.*—Le 30 avril 1836 a été couché au n.° 91 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Voillery, cocher, âgé de 59 ans, né à Chagny, et demeurant rue du faubourg du Temple, n.° 101. Personne dans sa famille n'a jamais eu de dartres, et lui s'est toujours parfaitement porté. Il y a deux mois, il aperçut pour la première fois, et sans cause connue sur le ventre et les cuisses, des taches de psoriasis qui se multiplièrent avec assez de rapidité, et le malade se présenta à l'hôpital.

Aujourd'hui on voit sur les mêmes parties, c'est-à-dire, le ventre et les cuisses, un grand nombre de taches de *psoriasis guttata*; le reste du corps de ce malade en est entièrement exempt. Les démangeaisons sont violentes. On prescrit le traitement ordinaire.

Le 8 mai, le malade est pris d'un dévoiement qui s'arrête au bout de trois jours, et le malade sort guéri de l'hôpital le 15 mai.

Obs. IX.e — 1.re *Affection. Invasion*; 30 *jours.* 40 *ans. Cause probable : variations de température. Psoriasis guttata, circinnata. Siège : membres, tronc, face, cuir-chevelu. Pas de prurit. Guérison en* 100 *jours.* — Le 30 avril 1836, a été couché au n.° 1 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Langé, fortement musclé, âgé de 40 ans, né à Bar-le-Duc, demeurant à Maisons, où il exerce la profession de carrier. Personne dans sa famille n'a jamais eu de dartres, et lui s'est toujours bien porté; ses voies digestives sont dans le meilleur état.

Il y a un mois, Langé aperçut quelques boutons sur la poitrine, et en même temps il en sentit quelques-uns sur la tête; la maladie fit de rapides progrès, et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Aujourd'hui on voit chez ce malade des taches très-petites de *psoriasis guttata* sur les cuisses et la poitrine; des plaques plus larges de *psoriasis diffusa* et *circinnata* sur les jambes, le front et les joues; le cuir-chevelu est entièrement couvert d'une couche épaisse de sécrétion épidermique. Le malade n'éprouve pas de démangeaisons.

On lui prescrit le traitement ordinaire.

Le 5 mai, le cuir-chevelu est entièrement débarrassé des squammes qui le recouvraient, mais celles des membres persistent encore.

Le 10 juin. La malade offre un caractère rebelle; de nouvelles taches se développent encore sur les membres.

Le 1.er juillet, toutes les squammes sont enfin tombées, et la sécrétion ne se reproduit sur aucun point; la peau est rouge, tendue, luisante.

Le 20 juillet, la guérison marche rapidement: la peau reprend sa couleur naturelle.

Le 8 août, le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri.

Obs. X.e — 1.re *Affection.* 360 *jours d'invasion.* 30 *ans. Cause inconnue. Psoriasis diffusa et inveterata. Siège : tout le corps. Prurit. Guérison en* 109 *jours.* — Le 30 avril 1836, a été couché au n.° 12 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Lainé, horloger, âgé de 30 ans, né à Sourdeval, et demeurant à Paris, rue des Grésillons, n.° 14. Jamais personne de sa famille n'a été affecté de dartres, et lui-même s'était toujours bien porté, lorsqu'il y a un an il aperçut pour la première fois quelques boutons sur les bras et les jambes; il n'y fit aucune attention, mais le nombre des plaques dartreuses augmenta rapidement, et bientôt il s'en manifesta sur la plus grande partie du corps; le malade ne fit cependant aucun traitement jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Aujourd'hui on voit tous les membres et tout le tronc, le cou lui-même, jusqu'à la naissance des cheveux recouverts d'énormes écailles d'épiderme soulevé. La peau n'offre, pour

ainsi dire, aucune place saine ; elle est partout rouge et fendillée ; le lit est rempli de ses débris, et au premier aspect on la croirait le siège d'un eczéma. En un mot, elle est recouverte d'un *psoriasis diffusa* et *inveterata* général, et c'est ici surtout que s'applique avec justesse le nom de *herpes squamosus lichenoïdes.* Le malade n'éprouve d'autres symptômes que de vives démangeaisons ; ses voies digestives sont dans le meilleur état.

On lui prescrit le traitement ordinaire.

Le 25 mai, la maladie marche lentement; la peau est moins rouge cependant et devient plus unie; de larges squammes se détachent.

Le 2 juin, l'usage du goudron détermine un érythème que quelques jours de suspension dans l'usage de la pommade font disparaître

Le 12 juin, on reprend les onctions.

Le 2 juillet, la guérison marche lentement ; la peau est toujours fendillée, rouge, sèche ; la sécrétion épidermique continue sur plusieurs points.

Le 20 juillet, la maladie paraît définitivement arrêtée, et la peau commence à reprendre ses qualités normales.

Le 17 août, le malade est complètement guéri et quitte l'hôpital.

Obs. XI.e — *Une récidive. Invasion :* 120 *jours.* 23 *ans. Cause probable : humidité. Psoriasis guttata, diffusa et circinnata. Siège : membres et tronc ; pas de prurit. Guérison en* 68 *jours.* — Le 30 avril 1836 a été couchée au n.° 2 de la salle Napoléon, la nommée Martin, blanchisseuse, âgée de 23 ans, née à Saint-Ouen, et demeurant à Clichy. Personne dans sa famille, qui se compose de ses parens et de sept enfans, n'a jamais eu de dartres. Quant à la malade, elle a été réglée à 18 ans, et sa menstruation s'est depuis ce temps toujours bien accomplie; ses voies digestives sont fort bonnes.

Il y a quatre ans, Martin, à la suite de lavages fréquents

à la rivière, pendant lesquels ses jambes étaient plongées dans l'eau, aperçut quelques boutons sur ces extrémités, et au bout de six mois les plaques dartreuses s'étant multipliées, elle entra à St.-Louis dans le service de M. Emery, d'où elle sortit guérie au bout de 68 jours.

Martin cessa alors de laver à la rivière, et pendant un an sa peau resta parfaitement saine; alors, sans cause connue, de nouvelles plaques se montrèrent : rares et petites d'abord, elles firent peu de progrès, et la malade les a portées long-temps sans les combattre.

Aujourd'hui on voit quelques gouttes de *psoriasis guttata* sur la poitrine : sur les bras, les jambes et les cuisses des plaques plus larges de *psoriasis diffusa* et *circinnata*. La malade n'éprouve pas de démangeaisons.

On lui prescrit le traitement ordinaire.

L'affection suit, sous l'influence du traitement, la marche accoutumée, et la malade sort guérie le 22 mai.

Obs. XIIe. — *Plusieurs récidives; invasion* 60 *jours*; 16 *ans*; *cause inconnue. Psoriasis diffusa, guttata, circinnata*; *siège, tronc, membres*; *pas de prurit*; *guérison en* 55 *jours*. — Le 30 avril 1836, a été couchée au n°. 10 de la salle Napoléon, la nommée Toussaint, domestique, âgée de 16 ans, née à Toul et demeurant à Noisy-le-Sec. Personne dans sa famille n'a jamais eu de dartres. Sa santé a toujours été bonne; réglée à 15 ans, ses menstrues sont régulières, mais peu abondantes et accompagnées de douleurs assez vives. Elle est assez souvent constipée.

Cette malade dit avoir été atteinte de l'affection qu'elle porte dès l'âge de 3 ans, mais la maladie resta longtems fort peu intense, diminuait en hiver et se reproduisait au printems. Ce n'est qu'en 1835 que Toussaint résolut de se traiter et d'entrer à cet effet dans un hôpital. Elle fut reçue dans le service de M. Emery où elle resta pendant six semaines, et voulut sortir au bout de ce tems sans être guérie complètement. Rentrée au bout de trois mois elle

sortit complétement guérie après soixante jours de traitement.

Aujourd'hui la maladie s'étant reproduite sans cause connue; on voit sur les coudes, les genoux et les fesses, d'énormes plaques de *psoriasis diffusa* à croûtes épaisses et très adhérentes, des gouttes de *psoriasis guttata* sur les jambes et le dos, quelques unes sur les cuisses, mais les deux membres supérieurs sont couverts de *psoriasis guttata diffusa* et *circinnata*. La malade n'éprouve pas de démangeaisons.

On lui prescrit le traitement ordinaire.

Le 25, la guérison ne marche que lentement, on voit des encore des plaques assez nombreuses.

Le 15 juin, les croûtes sont toutes tombées, et ne se reproduisent plus; la malade sort guérie le 24 juin.

Obs. XIIIe. —*Plusieurs récidives; invasion 29 jours; 16 ans; cause inconnue; psoriasis guttata; siège: membres, tronc, face, cuir chevelu; pas de prurit; guérison en 22 jours.*—Le 7 mai 1836, a été couché au n° 93 de la salle Ste-Victoire, le nommé Dechamps, menuisier, âgé de 16 ans, né à Ingouville et demeurant rue du Carême-Prenant, n° 5, Personne dans sa famille n'a jamais eu de dartres; quant à lui, il s'est toujours très bien porté.

Il y a six ans, Dechamps aperçut pour la première fois et sans cause connue des taches de psoriasis sur les membres et le tronc, pour lesquelles il ne fit jamais aucune espèce de traitement. L'affection diminuait d'elle-même au bout d'un certain tems, disparaissait même quelquefois entièrement en hiver, pour reparaitre ensuite au printemps. Le malade n'éprouvait aucune démangeaison. Au mois d'avril, la maladie, qui avait disparu cet hiver, reparut avec plus d'intensité qu'elle n'en avait eue jusqu'alors, et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Aujourd'hui on voit quelques taches de *psoriasis guttata*

sur le cuir chevelu, elles sont au contraire très nombreuses sur la face, le tronc et les membres.

On prescrit le traitement ordinaire et le malade sort guéri le 29 mai.

Obs. XIV. — 1re *affection. Invasion* 40 *jours.* 19 *ans. Cause inconnue. Psoriasis guttata et diffusa. Siège : membres. Pas de prurit.*—Le 7 mai 1836, a été couchée au n° 19 de la salle Napoléon, la nommée Mazière, chaussonnière. Il y a six semaines, Mazière aperçut pour la première fois sur ses bras et ses jambes quelques boutons ; aujourd'hui on voit sur les membres des taches nombreuses de *psoriasis guttata*, aux coudes et aux genoux de larges plaques de *psoriatis diffusa*; la secrétion épidermique est du reste peu épaisse et peu adhérente, la peau n'est pas enflammée. On prescrit le traitement ordinaire. La malade sort de l'hôpital le 29 mai, non encore complètement guérie.

Obs. XV. — 1re *affection. Invasion* 180 *jours.* 18 *ans. Cause inconnue. Psoriasis guttata, diffusa, circinnata; lepra vulgaris. Siège : membres, tronc, cuir chevelu. Prurit.*—Le 14 mai 1836, a été reçu au n° 20 de la salle St-Victoire, le nommé Poulain, journalier. Il y a six mois, et sans cause connue, il aperçut des boutons aux bras et aux genoux; aujourd'hui la maladie est assez étendue, les plaques sont très-nombreuses et la secrétion épidermique épaisse et adhérente : l'affection présente presque partout la forme circinnée, les plaques sont exactement circulaires et quelques-unes sont de l'étendue d'une pièce de cinq francs ; la peau n'est pas enflammée; on voit quelques boutons sur le cuir chevelu, du *psoriasis guttata, circinnata*, sur la poitrine, le dos et les membres inférieurs. On prescrit le traitement ordinaire. Le malade sort non encore guéri le 3 juin.

Obs. XVI.—1re *affection; invasion* 21 *jours;* 36 *ans; cause inconnue; psoriasis diffusa, guttata, circinnata; sige : tronc; prurit; guérison en* 15 *jours.*—Le 14 mai 1836

a été reçue au n° 25 de la salle Napoléon, la nommée Kobach, couturière. Cette femme se plaint d'éprouver souvent des douleurs d'estomac; elle a quelquefois des vomissemens et assez ordinairement le dévoiement. Il y a trois semaines elle éprouva de violentes démangeaisons au dos, et en y portant la main, elle reconnut qu'il était couvert de petits boutons. Aujourd'hui encore, l'affection est bornée à cette partie du tronc sur laquelle on voit une grande quantité de plaques de *psoriasis guttata*, *diffusa* et *circinata*. La sécrétion épidermique est peu épaisse, peu adhérente, la peau n'est pas enflammée. On prescrit le traitement ordinaire. La maladie suit la marche accoutumée et la malade sort guérie le 29 mai.

Obs. XVII.e — 1.re *Affection. — Invasion* 90 *jours*; 15 *ans*; *cause probable*; *eau chaude et irritante*; *psoriasis guttata. Siège*; *membres*; *prurit. Guérison en* 12 *jours*. — Le 17 mai 1836, a été reçue au n.° 41 de la salle Napoléon, la nommée Bangurot, blanchisseuse de fin. Cette enfant a quelquefois du dévoiement; cependant ses digestions sont bonnes. Il y a trois mois elle aperçut, pour la première fois, de petits boutons sur les bras qui lui causaient du prurit. Elle prit quelques bains simples qui ne produisirent aucun effet, et alors elle se présenta à Saint-Louis. Aujourd'hui la malade n'offre encore que des taches assez rares de *psoriasis guttata* sur les bras et les cuisses; la sécrétion épidermique est peu épaisse, peu adhérente; la peau n'est pas enflammée. On prescrit le traitement ordinaire. La maladie suit sous son influence la marche accoutumée, et la malade sort parfaitement guérie le 29 mai.

Obs. XVIII.e — *Plusieurs récidives. Invasion* 41 *jours*; 28 *ans*; *cause probable* : *humidité et froid*; *psoriasis guttata et circinnata. Siège* : *tronc*, *membres*, *face*; *prurit. Guérison en* 12 *jours*. — Le 21 mai 1836, a été couché au n.° 31 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Gentil, doreur sur bois. Cet homme s'est toujours bien

porté; cependant il a quelquefois du dévoiement. En 1832, après la campagne d'Anvers, pendant laquelle Gentil fut continuellement exposé à l'humidité et au froid, il aperçut pour la première fois quelques boutons sur les bras; ils disparurent aux approches de l'hiver, et depuis cette époque l'affection eut toujours ce type intermittent. Le malade ne lui opposait plus aucun traitement; cependant cette année, il se présenta à l'hôpital. Aujourd'hui on voit des taches plus nombreuses de *psoriasis guttata* et *circinnata* sur le front, les membres et la poitrine. La sécrétion épidermique est peu épaisse; le malade éprouve un prurit assez violent. On prescrit le traitement ordinaire. Le malade sort guéri le 3 juin.

Obs. XIX.ᵉ — *Plusieurs récidives; 50 ans; cause inconnue; psoriasis guttata, diffusa, circinnata. Siège: tronc, membres, cuir-chevelu; pas de prurit. Guérison en 42 jours.* — Le 4 juin 1836, a été couché au n.° 2 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Joly, commis. Il y a dix-huit ans, sans cause connue, Joly fut atteint pour la première fois du *psoriasis*; depuis cette époque, la maladie s'est toujours reproduite au printemps, disparaissant l'hiver, sans que jamais aucun traitement lui ait été opposé. Aujourd'hui on voit sur les membres d'énormes plaques de *psoriasis diffusa* et quelques-unes de *psoriasis circinnata*; sur le tronc et le cuir-chevelu on aperçoit quelques taches de *psoriasis guttata*. La sécrétion épidermique est épaisse, adhérente. On prescrit le traitement ordinaire. Le malade sort guéri le 16 juillet.

Obs. XX.ᵉ — 1.ʳᵉ *Affection.* — *Invasion* 90 *jours;* 26 *ans; cause probable: poussière irritante. Psoriasis circinnata, lepra vulgaris. Siège: membres, tronc, face; prurit. Guérison en 38 jours.* — Le 4 juin 1836, a été couché au n.° 17 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Lamotte, vigneron. Cet homme n'avait jamais eu de dartres et s'était toujours parfaitement bien porté, lorsqu'il y a

trois mois, son maître le retira du travail des champs pour le transformer en batteur de grange. A peine Lamotte exerçait-il ce nouvel emploi depuis quelques jours, qu'il vit paraître sur divers points de son corps des taches de *psoriasis* : elles se multiplièrent rapidement, et le malade vint à Paris pour entrer dans un hôpital.

Aujourd'hui la maladie est générale et affecte presque partout la forme circulaire ; ainsi on voit sur le tronc, les membres et la face de Lamotte, de larges plaques de *psoriasis circinnata* et de *lepra vulgaris*, la sécrétion épidermique est épaisse et adhérente ; le malade éprouve de violentes démangeaisons. On prescrit le traitement ordinaire.

Le 15 juin, toutes les croûtes sont tombées ; la sécrétion épidermique ne se reproduit pas ; le prurit a cessé. Le malade sort guéri le 12 juillet.

Obs. XXI.e — *Une récidive. Invasion 150 jours ; 55 ans ; cause probable ; haute température ; psoriasis guttata, diffusa, circinnata ; lepra vulgaris. Siège : membres, tronc, face, cuir-chevelu ; pas de prurit. Guérison en 41 jours.* — Le 4 juin 1836, a été couché au n.° 19 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Matraux, maréchal-ferrant. Il y a trois ans, Matraux eut un psoriasis à-peu-près semblable à celui qu'il porte aujourd'hui, et pour lequel il entra à Saint-Louis dans le service de M. Emery. Il fut traité par les bains sulfureux, le calomel, et ne se frictionna pas avec du goudron. Au bout de trois mois il sortit guéri. Il y a cinq mois de nouvelles plaques parurent et se multiplièrent rapidement. Aujourd'hui tout le corps de cet homme est couvert de taches de psoriasis affectant toutes les formes de cette maladie. Aussi on voit sur le tronc et les membres du *psoriasis diffusa, circinnata*, de la *lepra vulgaris* ; sur la face et le cuir-chevelu, du *psoriasis guttata* ; la sécrétion épidermique est épaisse, adhérente, et le malade ressemble en effet beaucoup à ces arbres qui ont inspiré à M. Alibert le nom qu'il donne au psoriasis. Ma-

traux n'éprouve aucun prurit. On prescrit le traitement ordinaire. Le 10 juin, toutes les croûtes sont tombées, mais la peau est rouge et fendillée; la sécrétion épidermique se reproduit sur plusieurs points. Le 30 juin, la maladie marche vers la guérison; la peau reprend ses qualités normales. Le malade sort guéri le 15 juillet.

Obs. XXII.e — 1.re *Affection.* — *Invasion* 30 *jours; 30 ans; cause inconnue; psoriasis guttata. Siège : membres, tronc; pas de prurit. Guérison en* 35 *jours.* — Le 11 juin 1836, a été couché au n.° 23 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Kilbert, étameur de glaces. Il y a un mois, sans cause connue, il aperçut quelques taches de *psoriasis guttata.* Elles se multiplièrent rapidement, et il entra à l'hôpital. Aujourd'hui on voit sur le tronc et les membres de ce malade, une immense quantité de gouttes de psoriasis dont aucune ne dépasse peut-être la dimension d'une pièce de cinq sous. La maladie offre ainsi le type du *psoriasis guttata.* La sécrétion épidermique est peu épaisse. On prescrit le traitement ordinaire. Le malade sort guéri le 16 juillet.

Obs. XXIII.e — *Plusieurs récidives;* 17 *ans; cause inconnue; psoriasis guttata. Siège : membres, tronc; pas de prurit.* — Le 30 juin 1836, a été couchée au n.° 15 de la salle Sainte-Marie, la nommée Levy, marchande ambulante. Depuis l'âge de sept ans, elle est affectée d'un *psoriasis* intermittent qui est resté peu grave pendant plusieurs années, sans le secours d'aucun traitement; l'affection disparaissait aux approches de l'hiver pour reparaître au printemps suivant. Cependant il y a deux ans, la maladie ayant reparu avec plus d'intensité, Levy entra dans le service de M. Emery, d'où elle sortit guérie au bout de six mois. Huit mois après sa sortie, la maladie reparut encore, et c'est pour cette récidive que la malade est maintenant dans nos salles. Aujourd'hui l'affection est peu grave, en ce qu'elle affecte la forme la plus bénigne : ainsi

on voit sur les membres et le tronc des taches nombreuses de *psoriasis guttata*; mais la sécrétion épidermique est peu épaisse, et la malade n'éprouve aucun prurit. On prescrit le traitement ordinaire. La malade se conduit mal, et elle est obligée de quitter l'hôpital sans être guérie.

Obs. XXIV.e — *Une récidive. Invasion 60 jours; 49 ans; cause probable : immersion irritante; psoriasis diffusa et guttata. Siège : membres, tronc, face, cuir-chevelu; prurit. Guérison en 22 jours.* — Le 11 juin 1836 a été couchée au n.° 21 de la salle Napoléon, la nommée Jouard, domestique. Cette femme, il y a trois ans, aperçut pour la première fois, et sans cause connue, des plaques de psoriasis aux coudes. Elle se présenta à l'hôpital Saint-Louis, où elle fut admise au mois de mai 1835. Elle subit dans le service de M. Emery le traitement ordinaire, et sortit guérie au bout de sept semaines. Il y a deux mois la maladie reparut. Remarquons que la malade nous dit qu'elle avait fait, avant cette époque, de fréquents savonnages dans de l'eau de puits : les plaques qui de nouveau avaient débuté par les coudes, se multiplièrent assez rapidement; la malade éprouvait un prurit violent. Elle se représenta à Saint-Louis. Aujourd'hui l'affection est générale et intense; ainsi on voit aux coudes et aux genoux de larges plaques de *psoriasis diffusa*, sur les membres et le tronc des taches nombreuses de *psoriasis guttata*, ainsi que sur le cuir-chevelu et la face. On prescrit à la malade sept gouttes de la solution de Fowler. Le 17 juin, la malade se plaint de céphalalgie; elle a une fièvre continue assez forte; on suspend la solution de Fowler. Le 21, la fièvre a pris un caractère intermittent : on la coupe à l'aide de douze grains de sulfate de quinine. Le 7 juillet, on reprend la solution de Fowler, et on en donne neuf gouttes. Le 20 juillet, la malade éprouve de nouveaux accidents du tube digestif, et on est obligé de suspendre de nouveau le traitement : du reste, la maladie n'a nullement marché vers la

guérison; les plaques n'ont pas diminué, et la sécrétion épidermique est toujours aussi abondante. Le 8 août, on se décide à abandonner le traitement arsénical, et on donne la pommade de goudron. La malade offre le même aspect qu'à son entrée à l'hôpital. Sous l'influence des applications de goudron, la maladie ne tarde pas à se modifier; les squammes tombent pour ne plus se reproduire, et la malade sort guérie le 30 août.

Obs. XXV.e — *Trois récidives; invasion 70 jours; 32 ans; cause inconnue; psoriasis guttata et diffusa. Siége : membres et tronc, cuir-chevelu; pas de prurit. Guérison 27 jours.* — Le 11 juin 1836, a été couché au n.° 20 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Carquet, commissionnaire. Il y a cinq ans il aperçut pour la première fois, et sans cause connue, quelques gouttes de psoriasis sur différentes parties de son corps, et fut reçu dans le service de M. Emery, où on le soumit au traitement ordinaire. Au bout de trois semaines, Carquet voyant toutes les croûtes tombées, voulut quitter l'hôpital, malgré les avertissemens qui lui furent donnés. Au bout de quinze jours la maladie reparut, et deux mois après, Carquet rentra à l'hôpital Saint-Louis. Cette fois il sortit complètement guéri au bout de trois semaines, et la maladie resta cinq mois sans reparaître. Dans les premiers jours d'avril 1836, de nouvelles plaques se montrèrent, et le malade, instruit par l'expérience, se présenta à l'hôpital. Aujourd'hui la maladie est peu intense; on voit quelques gouttes sur le cuir-chevelu et les bras, et des plaques de *psoriasis diffusa* sur la poitrine. On prescrit le traitement ordinaire : le malade sort guéri le 8 juillet.

Obs. XXVI.e — 1.re *Affection. — Invasion 365 jours; 18 ans; cause inconnue; psoriasis guttata. Siége : membres; pas de prurit. Guérison en 35 jours.* — Le 11 juin 1836, a été couché au n.° 31 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Bély, coëffeur. Il y a un an, il aperçut quel-

ques taches sur les bras ; la maladie n'a fait que des progrès très-lents, et aujourd'hui encore elle est peu intense ; on voit seulement sur les membres une assez grande quantité de taches de psoriasis offrant le type de la variété appelée *guttata*. On prescrit le traitement ordinaire. Le malade sort le 16 juillet complètement guéri.

Obs. XXVIIe. — *Plusieurs récidives ; invasion* 90 *jours ;* 31 *ans ; cause inconnue ; psoriasis guttata et diffusa ; siège : membres, tronc, cuir chevelu ; prurit ; guérison en* 14 *jours.* — Le 2 juillet 1836, a été couché au n° 16 de la salle Ste-Victoire, le nommé Guerre, fileur en coton. Au printemps de 1834, Guerre vit pour la première fois paraître des taches de psoriasis sur la figure et le scrotum ; elles étaient le siège d'un prurit violent ; il ne fit aucun traitement et la maladie disparut aux approches de l'hiver 1835. Au mois de septembre de la même année, elle reparut, et Guerre entra dans le service de M. Emery ; il sortit guéri au bout de cinq semaines. Au mois de mars de cette année de nouvelles taches parurent. Aujourd'hui Guerre offre quelques plaques de *psoriasis guttata* et *diffusa* sur le tronc et les membres, et du *psoriasis guttata* sur le cuir chevelu. La maladie est peu intense. On prescrit le traitement ordinaire. Le malade sort guéri le 16 juillet.

Obs. XXVIIIe. — 1re *affection ; invasion* 15 *jours ;* 20 *ans ; cause inconnue ; psoriasis diffusa, guttata et circinnata ; siège : tronc et membres ; prurit ; guérison en* 14 *jours.* — Le 2 juillet 1836, a été couchée au n° 19 de la salle Napoléon, la nommée Lecomte, cuisinière. Il y a quinze jours, et sans cause connue, cette jeune fille aperçut pour la première fois des taches dartreuses sur la poitrine ; elle éprouvait un prurit violent ; la maladie marcha rapidement, et la malade se décida aussitôt à entrer dans un hopital. Aujourd'hui, on voit des plaques larges et nombreuses sur le dos, des taches nombreuses de *psoriasis guttata* et *circinnata* sur la poitrine, le cou, les bras et les cuisses ;

les avant-bras et les jambes n'en présentent aucune. La sécrétion épidermique est épaisse et adhérente. On prescrit le traitement ordinaire. La malade quitte l'hopital le 16 juillet, parfaitement guérie.

Obs. XXIX.—*Plusieurs récidives; invasion* 80 *jours;* 21 *ans; cause probable : immersion froide; psoriasis diffusa et guttata; siège : tronc, membres; pas de prurit; guérison en* 14 *jours.* — Le 9 juillet 1836, a été couché au n° 21 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Huchet, charretier. Il y a deux ans Huchet tomba dans l'eau en hiver et quelque temps après il vit se développer des taches dartreuses sur les coudes et les genoux. Il offre aujourd'hui sur le tronc, les bras et les cuisses des taches nombreuses de *psoriasis guttata* et quelques plaques de *psoriasis diffusa* : celles-ci sont énormes aux genoux; la sécrétion épidermique est épaisse et adhérente. On prescrit le traitement ordinaire : le malade sort guéri le 23 juillet.

Obs. XXX.°—*Plusieurs récidives*; 23 *ans; cause inconnue; psoriasis diffusa et guttata. Siège : membres; pas de prurit. Guérison en* 14 *jours.* — Le 9 juillet 1836, a été couché au n.° 3 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Viard, ouvrier (charbon de terre), âgé de 23 ans, né à Paris, et demeurant rue des Juifs, n.° 43. Il y a sept ans, Viard, sans cause connue, vit des plaques se développer sur ses genoux; il n'y fit d'abord aucune attention, et la maladie ne faisant pas de progrès rapides, il resta un an sans la combattre; mais alors les taches s'étant multipliées, il entra dans le service de M. Biett, où il fut traité par les cantharides. Cette médication occasionna des douleurs épigastriques; on fut obligé de la suspendre à plusieurs reprises; cependant la dose fut portée à 25 gouttes. Au bout de six mois, Viard n'était pas complètement guéri, et il voulut sortir de l'hôpital. Dix-huit mois après, la maladie avait repris toute son intensité; elle disparaissait presque en hiver, reparaissait

au printemps. Viard ne voulut se soumettre à aucun traitement ; mais cette année les taches s'étant extrêmement multipliées, il se décida à entrer dans le service de M. Emery. Il offre aujourd'hui des taches innombrables de *psoriasis guttata* sur les bras, les mains et les membres inférieurs ; on voit aussi çà et là des plaques assez larges de *psoriasis diffusa.* On prescrit le traitement ordinaire. Le malade sort guéri le 23 juillet.

Obs. XXXI.e — 1.re *Affection. — Invasion* 45 *jours*; 38 *ans. Cause probable : habitation humide ; psoriasis guttata et circinnata. Siège : membres ; pas de prurit. Guérison en* 19 *jours.* — Le 9 juillet 1836, a été couchée au n.° 12 de la salle Napoléon, la nommée Thevenin, cuisinière. Il y a six semaines, et après avoir demeuré plusieurs mois dans une cuisine humide et obscure, Thevenin aperçut pour la première fois quelques boutons sur ses bras ; aujourd'hui l'on voit quelques taches de *psoriasis guttata* et *circinnata* sur les jambes ; elles sont plus nombreuses sur les membres supérieurs, mais la maladie est peu intense. On prescrit le traitement ordinaire. La malade sort guérie le 28 juillet.

Obs. XXXII.e — 1.re *Affection. — Invasion* 90 *jours* ; 16 *ans ; cause inconnue ; psoriasis diffusa, circinnata, guttata. Siège : membres, cuir-chevelu ; prurit. Guérison en* 86 *jours.* — Le 4 juillet 1836, a été couchée au n.° 22 de la salle Napoléon, la nommée Liermann, lingère. Il y a trois mois, et sans cause connue, elle vit pour la première fois des taches dartreuses sur ses genoux ; bientôt d'autres parurent sur les jambes et devinrent le siège d'un prurit violent. Aujourd'hui elle porte des plaques épaisses de *psoriasis diffusa* aux genoux, des taches assez nombreuses de *psoriasis circinnata* aux jambes et aux bras (centre élevé), enfin du *psoriasis guttata* sur le cuir-chevelu.

On lui prescrit le traitement ordinaire. Le 15 août, la maladie offre une ténacité que nous n'avons rencontrée

que bien rarement ; toutes les squammes ne sont pas encore tombées. Le 8 septembre, la sécrétion épidermique ne se reproduit plus, mais la peau est encore rugueuse, rouge, fendillée. Le 30 septembre, la guérison marche enfin plus rapidement. La malade quitte l'hôpital parfaitement guérie le 5 octobre.

OBS. XXXIII.e — 1.re *Affection ; invasion, un an ; 34 ans ; cause inconnue ; psoriasis guttata, diffusa, circinnata ; siége : membres ; membres, face, cuir chevelu ; pas de prurit ; guérison en 57 jours.* — Le 7 mai 1836 a été couché au n° 32 de la salle Sainte-Victoire le nommé Périmony, domestique, âgé de 34 ans, né à Hencourt, et demeurant boulevart St.-Martin, n.° 9. Il y a un an, il aperçut, sans cause connue, de petits boutons sur ses bras et ses jambes ; ils se multiplièrent rapidement, et au bout de six semaines ils recouvraient presque tout le corps, la tête et la figure. Le malade entra alors dans le service de M. Emery ; mais au bout de trois semaines il voulut en sortir sans être encore parfaitement guéri, et quelques jours après il se représenta à l'hôpital où on le plaça dans le service de M. Lugol. Là, Périmony fut traité pendant deux mois par l'iode, et il sortit une seconde fois de l'hôpital Saint-Louis sans être guéri de son affection. Aujourd'hui on voit sur le cuir chevelu et la face des taches nombreuses de *psoriasis guttata*, sur les bras du *psoriasis guttata*, *diffusa* et *circinnata*, enfin sur le mollet droit une énorme plaque de *psoriasis diffusa*. On lui prescrit de l'orge miellé et six gouttes de solution de Fowler. Le 25 mai, le malade prend neuf gouttes de solution de Fowler et n'en éprouve aucun accident. On ne remarque encore aucun changement dans la maladie. Le 30 mai, le malade éprouve quelques douleurs épigastriques, il a de la fièvre, on suspend le traitement. Le 10 juin, les symptômes inflammatoires ont disparu, et on reprend l'administration de la solution de Fowler. Le 30 juin, le même traitement a été continué sans nou-

veaux accidents; la dose a successivement été portée à 15 gouttes. On n'aperçoit aucun changement à la peau; les squammes se détachent assez facilement et tombent même d'elles-mêmes; mais elles ne tardent pas à se reproduire. Le 15 juillet, même état, aucune amélioration. Le malade éprouve de nouveau quelques douleurs d'estomac, mais on ne juge pas les accidents assez intenses pour suspendre le traitement : on diminue seulement la dose du médicament qu'on ramène à dix gouttes. Le 1.er août, 15 gouttes sont de nouveau administrées. Le 15 août, l'affection n'a subi aucune modification; les squammes sont aussi nombreuses, et la malade ayant vu sortir de l'hôpital ceux de ses camarades qui avaient été traités par le goudron, se refuse à continuer le traitement arsénical. On cesse, en conséquence, de lui donner la solution de Fowler, et on prescrit le traitement ordinaire. Le 8 septembre, la maladie a suivi la marche que nous avons décrite si souvent; les squammes ne se reproduisent plus; la peau devient douce et blanche. Le malade sort guéri le 12 octobre.

Obs. XXXIV.e — 1.re *Affection.* — *Invasion* 45 *jours*; 26 *ans*; *cause probable : humidité*; *psoriasis guttata, diffusa, circinnata. Siége : membres, tronc, cuir-chevelu*; *prurit. Guérison en* 68 *jours.* — Le 30 juillet a été couchée au n.° 3 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Lemullier, marchand de vins. Ce jeune homme n'avait jamais eu de dartres, lorsqu'il partit pour faire la campagne d'Anvers pendant laquelle il fut exposé à toutes les intempéries de la saison. A son retour, il reprit son premier état, celui de marchand de vins, et depuis ce temps il a presque toujours travaillé dans les caves. Vers le 15 juin dernier, Lemullier aperçut les premières taches squammeuses sur les bras. Aujourd'hui on voit sur les cuisses, les bras, la poitrine et le cuir-chevelu, une assez grande quantité de plaques de *psoriasis guttata*, *diffusa* et *cir-*

cinnata. Les squammes sont épaisses et adhérentes. On prescrit le traitement ordinaire. Les squammes sont toutes détachées le 8 août, mais la peau est rouge et fendillée. Le malade sort complètement guéri le 8 octobre.

Obs. XXXV.e — *Plusieurs récidives.* 26 *ans. Cause inconnue. Psoriasis guttata, diffusa, circinnata, lepra vulgaris. Siége : membres, tronc, cuir-chevelu. Pas de prurit. Guérison en* 51 *jours.* — Le 13 août 1836, a été couché au n.° 17 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Schœffer, jardinier. Il y a quatre ans, sans cause appréciable, ce jeune homme fut atteint de l'affection qu'il porte aujourd'hui, et qui prit le caractère intermittent, c'est-à-dire, qu'elle disparaissait presque pendant l'hiver pour reparaître de nouveau au printemps suivant. On voit aujourd'hui sur les cuisses, le dos, les bras, la poitrine et le cuir-chevelu une énorme quantité de plaques squammeuses qui ont toutes les formes décrites dans le psoriasis. Ainsi on voit des taches de *psoriasis guttata*, *circinnata*, de *lepra vulgaris*, d'énormes plaques de *psoriasis diffusa* : la peau est rouge, sèche, fendillée. On prescrit le traitement ordinaire. Le malade sort guéri le 4 octobre.

Obs. XXXVI.e — *Plusieurs récidives;* 23 *ans; cause probable : température élevée; psoriasis guttata, circinnata. Siége : membres, tronc; prurit. Guérison en* 39 *jours.* — Le 20 août, a été couché au n.° 19 de la salle Sainte-Victoire, le nomme Basset, mécanicien. En 1832, Basset, qui travaillait à l'administration des pompes à feu et était continuellement exposé à une chaleur de 40 degrés, fut affecté pour la première fois de *psoriasis*, et il entra dans le service de M. Biett, où il fut soumis au traitement arsenical. Au bout de quatre mois, il sortit guéri. En 1834, la maladie se reproduisit; Basset fut placé dans le service de M. Emery, et sortit guéri au bout de trois semaines. Basset changea alors d'emploi, et fut oc-

cupé dans un magasin de charbon de terre, où il était encore exposé à une haute température; aussi la maladie se reproduisit-elle au bout de quelques mois. Aujourd'hui on voit sur les bras, les cuisses et la poitrine de ce malade, des taches assez nombreuses de *psoriasis guttata* et *circinnata* : les squammes sont épaisses, le prurit violent. On prescrit le traitement ordinaire. Le 8 septembre, la guérison marche rapidement. Le malade sort guéri le 29 septembre.

Obs. XXXVIIe. — *1re affection : invasion 2 ans; 32 ans; cause inconnue; psoriasis guttata, circinnata; siége : membres, tronc, cuir chevelu; prurit; guérison en 36 jours.* — Le 27 août, a été couché au n.° 31 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Legendre, mécanicien. Il y a deux ans que ce malade vit pour la première fois, et sans cause appréciable, quelques taches de *psoriasis* se développer sur plusieurs points de son corps. Aujourd'hui il présente sur le ventre, la poitrine et le cuir-chevelu, des plaques de *psoriasis guttata* et *circinnata*. Les squammes sont assez épaisses, et les points malades sont entourés d'un cercle inflammatoire; toute la peau du reste est rouge et rugueuse; le prurit est assez violent. Sous l'influence du traitement ordinaire, la maladie se modifie, et ce malade sort guéri le 3 octobre.

Obs. XXXVIIIe — *Une récidive; invasion 15 jours; 26 ans; cause probable : humidité. Psoriasis guttata, circinnata. Siége : membres, tronc, cuir-chevelu; prurit. Guérison en 34 jours.* — Le 3 septembre, a été couché au n.° 21 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Amy, coëffeur. Il y a quatre ans il demeurait dans un lieu fort humide et fut pris de douleurs rhumatismales pour lesquelles il fut reçu à l'Hôtel-Dieu. Deux mois après la guérison de celles-ci, il aperçut les premières taches de psoriasis. Il fut traité en ville par ces pilules dont il ne

peut indiquer la composition, et guéri au bout de trois mois. Le 20 août dernier la maladie reparut, et Amy préféra cette fois entrer dans un hôpital. Il offre aujourd'hui sur les membres, la poitrine et le cuir-chevelu, des taches assez nombreuses de *psoriasis guttata* et *circinnata*; les squammes ne sont pas épaisses. On prescrit le traitement ordinaire. La maladie suit sous son influence la marche habituelle, et Amy sort guéri le 7 octobre.

Obs. XXXIX[e]. — 1[re] *affection; invasion* 8 *mois;* 49 *ans; cause probable : humidité; psoriasis guttata, circinnata; siège : membres; pas de prurit; guérison en* 35 *jours.* — Le 10 septembre 1836, a été couché au n.° 27 de la salle Napoléon, la nommée Delaroize, couturière. En janvier dernier, cette femme, qui avait une habitation fort humide, aperçut quelques taches squammeuses sur les jambes; elle fut reçue dans le service de M. Emery, mais au bout de cinq semaines elle voulut sortir, quoique n'étant pas encore guérie. L'affection ne tarda pas à reprendre sa première intensité, et la malade fut forcée de rentrer à l'hôpital. On voit aujourd'hui sur les jambes et les bras des taches nombreuses de *psoriasis guttata* et *circinnata*; la sécrétion épidermique est peu épaisse et se détache facilement. On prescrit le traitement ordinaire, et la malade sort guérie le 13 octobre.

Obs. XL[e]. — *Une récidive; invasion;* 90 *jours;* 58 *ans; Cause probable : chaleur. Psoriasis guttata, circinnata. Siége : membres; pas de prurit.* — Le 10 septembre 1836, a été couché au n.° 4 de la salle Sainte-Victoire, le nommé Lebel, cocher. En 1831, après l'expédition d'Afrique, dont Lebel fit partie, il vit apparaître sur les coudes et les genoux des taches de *psoriasis* qui augmentèrent rapidement, et pour lesquelles il fut admis dans le service de M. Biett : là, il fut traité par la solution de Pearson, dont il prit jusqu'à 25 gouttes, et il sortit guéri au bout de six mois. Il y a trois mois la maladie s'est reproduite, et l'on voit

aujourd'hui des taches assez nombreuses de *psoriasis circinnata* et *diffusa* sur les jambes, les cuisses et les bras de Lebel, qui n'éprouve du reste aucun prurit. On prescrit le traitement ordinaire. Le 20 septembre, les squammes sont déjà toutes tombées, mais le malade est renvoyé de l'hôpital pour insubordination.

Observation d'une fistule tubo-intestinale, et réflexions sur cette altération pathologique; par G. E. Maslieurat-Lagémard.

Perforation du gros intestin à l'extrémité de l'S iliaque du colon; accollement de la trompe de Fallope sur cette ouverture; et par ce conduit, passage des matières fécales par la cavité utérine et le vagin. — Le sujet de ce travail est, je crois, nouveau dans la science. Toutes les recherches auxquelles je me suis livré pour trouver des cas semblables, ont du moins été infructueuses; d'où je dois conclure que ces exemples sont fort rares, si même il en existe.

Avant de rapporter le fait, je dois prévenir qu'il n'est pas aussi complet qu'il serait à désirer qu'il le fût : il ne m'a pas été possible de pouvoir obtenir de renseignemens sur l'individu qui fait le sujet de cette observation, de sorte que la cause de l'affection, sa marche, les symptômes auxquels elle a donné lieu et qui auraient pu la faire reconnaître, etc., tout m'est absolument inconnu. C'est dans les pavillons de l'Ecole-pratique, sur un sujet livré aux dissections, que j'ai rencontré ce cas curieux. J'ai pensé toutefois utile de le faire connaître, bien qu'il manque des détails qui auraient pu le rendre plus intéressant encore. Il était important de signaler l'existence et la possibilité de ce fait, pour que plus tard, si l'on en trouvait d'analogues, on pût les mieux observer et mieux les décrire.

La femme dont le cadavre était soumis à mon observation, paraissait avoir 40 ou 45 ans ; le corps était bien conformé, d'une taille moyenne, et offrait un état d'amaigrissement assez grand. Les vergetures nombreuses qui existaient sur la région hypogastrique et l'extrémité supérieure des cuisses, annonçaient que cette femme avait eu un ou plusieurs enfans. Aucun vice de conformation dans les parties génitales externes ou internes ; rien dans toute l'habitude extérieure du cadavre dont on n'avait pas fait l'autopsie, qui méritât une description particulière. Je n'ai pas su à quelle affection elle avait succombé.

L'abdomen étant ouvert, toute la cavité péritonéale était lisse et ne contenait aucun épanchement ; pas de rougeurs, pas de granulations ; aucune trace de fausses membranes, rien, en un mot, n'annonçait une inflammation ancienne ou récente de cette membrane séreuse. L'extérieur du canal intestinal n'offrit rien de particulier, excepté vers la terminaison de l'S iliaque du colon où existait la lésion que j'ai annoncée.

Là je trouvai le pavillon de la trompe de Fallope du côté gauche, plus gros, plus dilaté qu'il n'a coutume de l'être, et intimement uni à la portion intestinale que je viens d'indiquer. Cette union avait lieu au moyen de fausses membranes qui, partant de l'extrémité de la trompe, allaient se greffer sur l'anse intestinale, et représentaient, par exemple, l'adhérence qui unit deux anses intestinales entre elles par suite d'une péritonite. Je fus obligé de faire un effort assez grand pour en opérer la déchirure, et je pus pas alors apercevoir une perforation de l'intestin : cette ouverture, dont les bords étaient lisses, polis, revêtus d'une membrane muqueuse continue avec la muqueuse intestinale, pouvait facilement permettre l'introduction d'une plume à écrire ordinaire, et était remplie en partie par des matières fécales liquides. Il me fut facile d'observer sur l'extrémité libre de la trompe une ouverture analogue à

celle de l'intestin, et qui lui correspondait directement : j'enlevai l'utérus et l'intestin perforé, et alors je pus mieux apprécier la lésion que je venais de découvrir.

Ayant ouvert l'intestin du côté opposé au trajet fistuleux, je pus constater que la membrane muqueuse intestinale se continuait avec celle de la trompe. Il n'y avait aucune rougeur, aucune induration, rien qui annonçât une inflammation récente. Sur la face interne de l'intestin il y avait deux orifices d'égale grandeur, et distants à-peu-près à six lignes l'un de l'autre, qui se rendaient dans une espèce de poche sous-muqueuse qui elle-même se terminait par une ouverture unique extérieure, celle que j'ai signalée. La portion intestinale correspondant à cette ouverture semblait un peu dilatée à l'intérieur, et le point le plus saillant au dehors était celui au niveau duquel correspondait l'orifice fistuleux interne.

Le pavillon de la trompe, comme je l'ai déjà dit, paraissait dilaté : les franges qui sont à son extrémité libre avaient disparu ; il ne restait qu'une ouverture lisse, unie, qui se rendait dans cette dilatation. Toute l'étendue de la trompe m'a paru dilatée jusque dans la cavité utérine qui, étant ouverte, a pu laisser apercevoir l'orifice interne de ce conduit, qui était cependant assez étroit, et qui n'aurait pu, comme l'ouverture intestinale, permettre le passage d'une plume à écrire. L'intérieur contenait quelques matières liquides. L'utérus avait son volume ordinaire ; le col et son orifice n'ont rien présenté de particulier. La face interne était sans rougeur et sans excoriation. Les ovaires des deux côtés étaient un peu plus volumineux que d'habitude. La muqueuse du vagin paraissait rouge et enflammée : il n'y avait du reste aucune ulcération. La trompe du côté droit était libre et flottante, mais son extrémité, à part son adhérence anormale, se rapprochait beaucoup de celle du côté gauche : comme elle, elle était volumineuse comme une grosse amande, dilatée, point frangée à son bord

libre, et devait, par cette conformation, s'appliquer très-difficilement sur l'ovaire correspondant.

S'il fallait se prononcer sur l'étiologie de cet état anormal, il faudrait je crois se jetter dans plus d'une hypothèse pour en avoir une explication au moins satisfaisante; car une adhérence si peu étendue, unique, limitée de la sorte dans toute la cavité abdominale, ne paraît pas pouvoir être attribuée à une péritonite, que l'on serait d'abord tenté d'admettre pour rendre compte de cette adhérence.

La maladie est locale, bien déterminée; tout fait présumer que dès le début elle a été tout aussi bien limitée? Mais qu'elle a été le point de départ primitif? Est-ce l'utérus et ses annexes, les trompes seules, qui ont été les premiers affectés; où le tube intestinal, au contraire, n'a-t-il pas pu, par suite d'une phlogose même assez étendue, se perforer peu-à-peu de dedans en dehors dans le seul point que nous avons trouvé malade, et déterminer consécutivement l'adhérence dont nous avons parlé? C'est à ces trois chefs qu'on pourrait, je pense, attribuer cette maladie, car j'ai exclu de prime-abord l'idée d'une péritonite.

Une métro-péritonite aurait bien pu déterminer quelques adhérences, mais elles auraient été plus nombreuses; et quand bien même une seule eût existé, je doute que l'accollement de deux feuillets de la séreuse abdominale, accollement qui le plus ordinairement se fait par l'intermédiaire de fausses membranes, eût pu déterminer la perforation des couches successives du gros intestin, et surtout produire les deux ouvertures internes que nous avons signalées plus haut.

La trompe ou son pavillon peuvent bien devenir seuls malades, et cela au point de fermer l'ouverture libre de ce conduit, comme j'en ai vu un exemple remarquable à la Société anatomique. Sur la pièce qu'on y présenta, cette ouverture était fermée, la cavité des trompes considérablement

agrandie et remplie par un liquide que la pression faisait passer dans la cavité utérine avec la plus grande facilité, et qui delà coulait au-dehors. Mais je répéterai ce que je viens de dire pour la matrice elle-même, que je ne vois pas comment une adhérence de cette sorte eût pu déterminer une perforation intestinale.

Resterait donc une dernière cause, et c'est celle qui, à mon avis, peut rendre compte d'une manière plus exacte des phénomènes morbides : je veux parler de l'inflammation du tube intestinal. En effet, cette inflammation est assez fréquente, assez rapide dans ses symptômes et sa durée, pour qu'on puisse croire qu'elle a existé chez la femme dont nous parlons; et l'ulcération, ainsi que la perforation des parois intestinales, est une chose trop souvent observée pour qu'il soit nécessaire de nous étendre longuement sur la possibilité de cet accident. Presque tous les auteurs en citent des exemples, et moi même ai pu en observer plusieurs. Eh bien, si dans ce point l'ulcération s'est faite d'une manière lente et graduée, et si la trompe s'est trouvée en contact avec le point enflammé et qui tendait à le perforer, n'a-t-il pas pu se faire ici un accollement entre ces deux parties par suite de l'inflammation développée de l'intérieur à l'extérieur, le cercle inflammatoire étant embrassé en entier par le pavillon. La perforation venant à s'effectuer, les matières stercorales, au lieu de s'épancher dans le bassin où ils auraient probablement produit une péritonite mortelle, auraient été arrêtées par l'accollement de cet organe voisin, ou auront pris une route par son ouverture utérine. Telle est la cause qui me paraît la plus probable, car je pense qu'il serait au moins hasardé de vouloir la donner comme certaine.

L'état sain de toutes les parties, l'organisation de la membrane muqueuse, la solidité et la réunion parfaite de la trompe avec la portion intestinale, nous font présumer que cet état datait déjà de longtemps. Nous sommes du reste dans l'impossibilité d'assigner une époque précise à cet état pathologique.

Quelle que soit l'époque de sa durée, que cette adhésion soit primitive ou qu'elle soit due à une autre affection, voyons en peu de mots les conséquences qui pouvaient en résulter pour la femme.

Le passage des matières stercorales par la cavité utérine et le vagin, en très-petite quantité, il est vrai, devait néanmoins occasionner une irritation assez vive, un prurit incommode, et assez souvent des excoriations, symptômes qu'on auraient pu croire appartenir à une fistule vagino-rectale, et qu'on aurait cherchée vainement. Aucune exploration, je crois, n'aurait pu conduire à un diagnostic certain.

J'ai dit plus haut que les vergetures abdominales, l'état du col de l'utérus, etc., faisaient croire que cette femme avait eu des enfans ; mais je n'ai pu savoir l'époque de son dernier accouchement : cette connaissance eût été d'une haute importance pour la lésion qui nous occupe, car elle nous aurait indiqué, au moins approximativement, le début de la maladie. Ce n'est que depuis la dernière grossesse qu'elle s'est développée; et si cette femme eût pu devenir enceinte depuis, des phénomènes graves auraient, selon toutes les apparences, enrayé la marche que suit naturellement la parturition.

Et d'abord, la fécondation pouvait-elle avoir lieu ? La disposition anormale de la trompe gauche la rendait tout-à-fait impossible de ce côté, et il suffira de se rappeler pour avoir cette certitude, l'adhérence entière du pavillon avec l'intestin, adhérence qui mettait un obstacle insurmontable à ce que ce pavillon pût s'appliquer sur l'ovaire correspondant et qu'il y eût communication de celui-ci avec la cavité utérine.

Mais restait celle du côté droit qui était, comme d'habitude, libre et flottante : son extrémité libre toutefois n'était plus frangée ; elle était plus volumineuse et terminée par une assez petite ouverture lisse et sans aucune ru-

gosité ; peut-être à la rigueur cette disposition aurait-elle pu influer sur les fonctions qu'il est chargé d'exercer, mais ceci n'est qu'une probabilité. Ensuite j'admets pour un instant qu'une ovule fécondé eût pu descendre dans la cavité utérine par la trompe droite ; l'irritation produite par l'écoulement des matières fécales n'en aurait-elle pas déterminé l'issue prématurée, et mis par ces circonstances un obstacle à la gestation ?

Il est évident que je ne raisonne ici que sur des hypothèses qui cependant ne sont pas assez invraisemblables pour qu'on ne puisse pas les faire et peut-être les admettre. Mais puisque nous sommes sur un champ aussi libre, supposons-les fausses, et voyons un peu ce qui serait arrivé à cette femme si elle fût devenue enceinte.

Les membranes amniotiques, en recouvrant l'orifice interne de la trompe, se seraient opposées au libre écoulement des matières stercorales qui auraient pu s'épancher dans toute l'étendue de la trompe, et surtout dans son pavillon qui était beaucoup plus dilaté que dans l'état ordinaire. Peut-être que ce séjour eût été sans danger pour la femme les premiers mois de sa grossesse, mais assurément il n'en eût pas toujours été ainsi, et avec le développement de l'utérus serait très-probablement survenue la mort de la malade. Le sommet de la matrice n'aurait pu s'élever dans la cavité abdominale sans entraîner avec lui les parties qui en dépendent, et la trompe gauche ne pouvant suivre cette évolution, eût été de plus en plus tiraillée, jusqu'à ce que l'adhérence intestinale eût été rompue ; dès-lors, issue des matières fécales dans la cavité péritonéale et les conséquences graves qui en sont nécessairement la suite.

Toutes ces considérations, je le répète encore, ne sont que des suppositions ; mais, comme elles me paraissent tout-à-fait admissibles, elles tendent de plus en plus à me confirmer dans l'idée que j'ai émise, que cette adhé-

rence avait été produite depuis le dernier accouchement de cette femme.

Quelques personnes auxquelles j'ai montré cette pièce avaient pensé, comme moi, du reste, que peut-être une grossesse extra-utérine aurait pu déterminer cette lésion ; mais cette idée ne tarda pas à nous paraître trop invraisemblable pour que nous puissions nous y arrêter un instant.

Si on avait pu arriver à un diagnostic certain, la thérapeutique aurait-elle pu avoir quelqu'action sur la maladie. Je ne le pense pas, et sans parler des accidens consécutifs, il suffira de réfléchir sur le siège du mal pour être convaincu qu'il était au-dessus des ressources de l'art. Quoi qu'il en fût, nous avons pensé que nous devions le faire connaître, moins pour y porter un remède impossible, que pour montrer une de ces affections curieuses que la nature prodigue, mettant à la fois en défaut et nos hypothèses pour les expliquer, et nos moyens pour les faire disparaître.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur le mécanisme du bruit de soufflet ; par le docteur J. Corrigan (1).

Parmi les signes qui nous sont révélés par l'auscultation, il n'en est point que l'on observe plus souvent que le bruit de soufflet ; il n'en est point non plus de plus intéressant, soit qu'on l'examine sous un point de vue purement physiologique, soit qu'on le considère comme un signe diagnostique important. Cependant, il existe encore

(1) Traduit du *The Dublin Journal of medic. science.* Novembre 1836. N.° 29. Trad. par G. Richelot.

une grande diversité d'opinions sur le mécanisme de sa production ; et il serait à désirer que l'on fît disparaître cette dissidence, car ce symptôme n'aura une valeur certaine, en pratique, que lorsqu'on en aura donné une théorie exacte.

Laennec attribuait le bruit de soufflet à la contraction spasmodique des fibres musculaires du cœur, ou des parois artérielles, suivant qu'il avait son siège dans le cœur ou dans une partie du système artériel. Il est inutile de chercher maintenant à réfuter cette opinion ; et il est d'ailleurs, je crois, généralement admis que le bruit de soufflet est un *signe purement physique*, dans le sens donné à cette expression par le docteur Williams, lorsqu'il dit « que c'est un signe dépendant de l'opération directe des lois connues de la philosophie naturelle », et non un *symptôme*, qui est le résultat d'un trouble apporté dans les phénomènes vitaux.

Mais quoique la théorie de Laennec ait été abandonnée, on n'a point tenté depuis d'expliquer le mécanisme du bruit de soufflet, d'une manière rigoureuse ou du moins satisfaisante.

Ce bruit singulier se fait entendre dans les cas de rétrécissement des ouvertures auriculo-ventriculaires du cœur, et dans d'autres circonstances particulières où ce rétrécissement n'existe pas.

On l'entend également quand il y a rétrécissement des orifices du cœur, et quand ces orifices sont béants d'une manière permanente (1).

---

(1) *Voyez* un mémoire par l'auteur : *sur l'ouverture permanente de l'orifice de l'aorte.* (*Edinburgh medical and surgical Journal*, N.° 3, an. 1832).

Il est admis aussi que le bruit de soufflet manque quelquefois, dans les cas où il y a rétrécissement des orifices du cœur. Je n'en ai jamais vu d'exemple. Le docteur Elliotson en a rencontré un seul, et il ne dit pas quel était l'orifice affecté. Du reste, le rétré-

Il se fait entendre avec force, dans les cas d'anévrysme variqueux, quand une artère d'une grosseur modérée communique directement avec la cavité d'une veine. (Voyez : *Cas de blessure de la veine et de l'artère brachiales*, dans le *Répertoire d'anatomie*. Ce cas est rapporté par Dupuytren).

On l'entend dans les vaisseaux utérins, à partir d'une époque peu avancée de la grossesse, et il continue à être aussi régulier que le pouls de la mère, jusqu'au moment de l'accouchement.

On l'entend encore dans le cœur, et dans les grosses artères des animaux qui meurent d'hémorrhagie ; et souvent, pendant un temps considérable, dans les troncs artériels des personnes qui ont été saignées abondamment.

Il peut exister aussi, temporairement, chez des personnes dont le cœur est parfaitement sain.

Enfin, on peut le produire à volonté dans tout gros tronc artériel, tel que l'artère carotide ou l'artère fémorale, en exerçant sur le vaisseau un certain degré de pression, avec le doigt ou avec le bord du stéthoscope.

Il n'est pas étonnant qu'on ait expliqué d'une manière si diverse un phénomène morbide qui se produit dans des cas si nombreux et dans des conditions en apparence si opposées. Mais il est évident qu'aucune théorie sur son mécanisme ne peut être considérée comme exacte et suffisante, si elle n'explique d'une manière satisfaisante comment le bruit a lieu dans chacun de ces cas. Il est indispensable que les recherches sur ce sujet soient continuées, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une explication qui ne laisse plus de champ à aucune autre hypothèse, pour l'interprétation des phénomènes. Alors, cette explication constituera une théorie légitime. Ce mode de recherches a déjà pro-

cissement d'un des orifices du cœur existe si rarement sans bruit de soufflet, qu'un tel cas peut être regardé comme une exception à la règle générale.

duit de bons résultats dans d'autres investigations scientifiques; et je crois qu'on peut en faire une application rigoureuse au sujet qui nous occupe.

La théorie de Laennec n'est plus soutenue par personne et ne peut plus l'être (1).

M. Andral affirme que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut expliquer d'aucune manière satisfaisante le mécanisme du bruit de soufflet (2).

Bertin pensait, au contraire, qu'il est extrêmement difficile de se rendre compte du bruit de soufflet qui accompagne le rétrécissement des orifices du cœur. Suivant lui, la cause de ce bruit réside dans l'augmentation du frottement que le sang éprouve en passant des oreillettes dans les ventricules (3). On pouvait admettre cette théorie comme une hypothèse propre à expliquer le mécanisme du bruit de soufflet, dans une seule circonstance; mais elle tombait évidemment devant les faits où l'on voit ce bruit coïncider avec d'autres conditions anatomiques.

En effet, on entend le bruit de soufflet dans les cas d'ouverture permanente de l'orifice de l'aorte, sans diminution du calibre de ce vaisseau; pendant la gestation, dans les artères de l'utérus qui sont dilatées, et dans la cavité desquelles, d'après la propre théorie de Bertin, il y a diminution, et non augmentation du frottement; dans le cœur des animaux qui meurent d'hémorrhagie; et enfin, quelquefois, dans un cœur sain, et dans des artères qui ne sont le siège d'aucune lésion de structure. Dans tous ces cas, il n'existe point de rétrécissement qui puisse donner lieu à une augmentation de frottement. La théorie de Bertin doit donc être rejetée.

Le docteur Williams a insinué que le bruit de soufflet et

(1) *Voyez* un mémoire de l'auteur : *Inquiry into the causes of bruit de soufflet and fremissement.* (The Lancet, 1829).

(2) Art. *Auscultation*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris; 1829.

(3) *Traité sur les maladies du cœur.* Paris, 1824, p. 226.

e frémissement doivent être attribués à des causes physiques, mais il n'a présenté cette opinion que sous forme de conjecture (1).

Le docteur Spittal, d'Edimbourg, a avancé, en 1830, dans son ouvrage sur l'*Auscultation*, que le bruit de soufflet reconnaît pour causes toutes celles qui accroissent violemment l'action du cœur. On peut objecter à cette théorie, que l'on perçoit souvent le bruit de soufflet dans un cœur mourant, quand ses mouvemens sont très-faibles; que ce bruit existe dans quelques artères, en même temps qu'il manque dans les autres; que, s'il dépendait d'une augmentation d'énergie dans les mouvemens du cœur, il devrait présenter la même intensité dans les artères qui sont également éloignées de cet organe; et enfin, qu'il peut être produit à volonté dans les gros troncs artériels, sans que l'énergie des mouvemens du cœur soit augmentée. La théorie du docteur Spittal ne rend point compte de la présence du bruit de soufflet dans les artères de l'utérus, pendant la grossesse. D'ailleurs, si cette théorie était fondée, on observerait toujours ce bruit pendant les mouvemens violens du cœur déterminés par la fièvre, ou par les exercices musculaires immodérés, ce qui n'a jamais ou presque jamais lieu.

Le docteur Hope, dans son ouvrage sur *les maladies du cœur*, qui a paru en 1832, a adopté une théorie qui diffère très-peu de la précédente. Il suppose que le bruit de soufflet résulte de la rapidité avec laquelle le sang est poussé, et que cette rapidité dans le cours du sang suffit pour produire ce phénomène, indépendamment de toute augmentation dans la force réelle des contractions du cœur.

La présence du bruit de soufflet dans les artères dilatées de l'utérus, que le docteur Hope cite à l'appui de

(1) *Rational exposition of the physical signs of diseases of the chest.* 1828, page 50.

sa théorie, est, au contraire, un argument contre elle. Admettant que ces artères reçoivent une quantité plus considérable de sang dans leurs cavités agrandies, il ajoute que cette augmentation dans l'afflux du sang est *nécessairement* accompagnée d'une augmentation dans la rapidité du courant; mais c'est précisément le contraire qui doit arriver, car la rapidité du passage du sang à travers les artères de l'utérus doit diminuer, à mesure que ces artères acquièrent plus de capacité, comparativement aux troncs qui les alimentent.

La théorie du docteur Hope ferait supposer que le bruit de soufflet se fait entendre dans tous les cas où les mouvemens du cœur, et par conséquent la circulation du sang, ont acquis une rapidité plus grande; mais j'ai déjà dit qu'il n'en est point ainsi. Cette augmentation de rapidité suffit, suivant lui, pour donner naissance au bruit de soufflet et au frémissement cataire, indépendamment de toute augmentation réelle dans la force des battemens du cœur. S'il en était ainsi, on l'entendrait constamment chez les sujets atteints de fièvre hectique, chez le fœtus et chez les enfans dont la circulation est extrêmement rapide, et cependant on ne l'entend point dans le cœur du fœtus, qui bat 140 fois par minute; tandis qu'il est très-manifeste dans les vaisseaux de la mère, dont le pouls ne bat pas 70 fois.

C'est une chose curieuse que de voir le docteur Elliotson donner une explication diamétralement opposée à celle du docteur Hope (1). Pour lui, la cause du bruit de soufflet réside dans un ralentissement du mouvement du sang. On l'entend dans les anévrysmes, dit-il, lorsque la disposition anormale des parties gêne mécaniquement la circulation du sang, ou bien lorsque ce liquide, circulant

(1) *On the recent improvements in the art of distinguishing the various diseases of the heart*, 1830.

dans un vaisseau atteint de dilatation générale, est obligé de passer de la portion dilatée dans la portion saine, plus étroite. Dans un autre endroit du même ouvrage, le docteur Elliotson affirme que le bruit de soufflet n'est produit, ni par une maladie des valvules, ni même par la production d'une matière osseuse, si un rétrécissement de l'orifice ne coïncide avec ces altérations. Les objections élevées contre la théorie de Bertin s'appliquent ici dans toute leur force.

En 1835, le docteur Williams a soutenu, dans la dernière édition de son ouvrage *sur les Maladies du poumon et de la plèvre*, que les conditions nécessaires pour la production du bruit de soufflet, « consistent dans une certaine résistance opposée à la progression du sang, mu avec un certain degré de force (p. 194). » Sa théorie paraît être la même que celle de Bertin.

M. Bouillaud (1) reconnaît trois causes concourant à la production du bruit de soufflet : 1.° augmentation dans la force de propulsion qui réside dans le cœur ; 2.° rétrécissement d'une portion quelconque du canal circulatoire ; 3.° inégalités de la surface contre laquelle le sang se meut.

La valeur de la première de ces causes a été appréciée, à l'occasion des théories du docteur Spittal et du docteur Hope; celle de la seconde, à l'occasion des hypothèses de Bertin et du docteur Elliotson ; quant à la troisième cause, il me semble facile de la réfuter.

Si l'inégalité de surface devait nécessairement produire le bruit de soufflet, ce phénomène existerait constamment dans le cœur à l'état normal. En effet, aucun état morbide ne donne lieu à une irrégularité de surface plus remarquable que celle qui existe naturellement à la surface interne du cœur. On observerait encore, d'une manière constante, le bruit de soufflet dans les anévrysmes faux, où la surface

(1) *Archives gén. de Médecine.* Tome 11.

tanée de ces deux conditions explique pourquoi, dans quelques cas d'anévrysme thoracique, le bruit de soufflet est très-fort, tandis qu'il manque dans d'autres cas qui sont en apparence semblables. Dans les cas d'anévrysme de l'aorte thoracique, où la maladie intéresse l'orifice du vaisseau, ou dans lesquels les valvules aortiques ne remplissent leurs fonctions que d'une manière incomplète, la disposition anatomique des parties est extrêmement favorable à la production du bruit de soufflet. Les valvules aortiques ne pouvant empêcher le reflux du sang, la portion dilatée du vaisseau perd une partie de sa tension, dans les intervalles des contractions du cœur, par suite du retour dans le ventricule, d'une partie du sang qu'elle renfermait; de telle sorte qu'au moment où le cœur se contracte, le liquide lancé par les ventricules forme des tournoiements, en d'autres termes, une espèce de remous, en arrivant au contact des parois larges, détendues, et souvent très-minces, de la poche anévrysmale, qui entrent aussitôt en vibration. Aussi entend-on alors un bruit de soufflet intense, accompagné d'un frémissement extrêmement sensible à la main.

Dans d'autres cas d'anévrysme de l'aorte thoracique, lors même que la dilatation est considérable, et que la poche anévrysmale est remplie de sang liquide, si les valvules aortiques sont intactes et fonctionnent bien, on n'entendra point de bruit de soufflet. En effet, les parois de l'anévrysme conserveront leur tension, aussi bien que celles des autres portions du vaisseau, et les vibrations qui viennent d'être décrites ne pourront se produire. On percevra, alors, des battemens proportionnés au volume de l'anévrysme, mais non un bruit de soufflet. En un mot, le sac anévrysmal se trouve dans les mêmes conditions qu'une artère quelconque à l'état sain; tous deux offrent des pulsations; ni l'un ni l'autre n'est le siège d'un bruit morbide.

Cette explication s'applique à tous les autres anévrysmes

aussi bien qu'à ceux qui intéressent l'aorte thoracique. Tant que les parois du sac anévrysmal restent tendues sur le sang, il ne s'y forme aucun bruit morbide (1).

Dans les cas de rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires, les deux conditions nécessaires à la formation du bruit de soufflet, existent à un haut degré de perfection ; aussi, de toutes les affections qui s'accompagnent de ce bruit, il n'en est point où on l'observe aussi constamment.

Dans cette maladie, le bord libre de la valvule est épaissi et contracté de la même manière que l'ouverture d'une bourse dont la coulisse est serrée, tandis que son bord adhérent conserve sa disposition ordinaire. Delà résulte un véritable entonnoir dont l'extrémité évasée répond à la cavité auriculaire, et dont le sommet se projette au-dedans du ventricule. Lorsque le flot de sang passe de l'oreillette dans le ventricule, celui-ci est dans les meilleures conditions possibles pour la production du mouvement vibratoire que l'abord du sang détermine dans ses parois. Comme il vient de se vider dans l'aorte, il est dans un état de relâchement analogue au défaut de tension que l'on observe parfois dans les anévrysmes, ainsi qu'il a été dit plus haut. Les courants irréguliers du sang mettent en vibration ses parois détendues, et l'oreille perçoit alors un bruit de soufflet, qui coïncide avec l'entrée du sang dans le ventricule. Si le sujet a peu d'embonpoint, le cœur communique ses vibrations à la paroi thoracique, et la main de l'observateur, appliquée sur la région précordiale, perçoit le frémissement cataire.

Dans l'ouverture permanente de l'orifice aortique, le

---

(1) L'auteur a fait l'application de ces principes au diagnostic de certains anévrysmes. *Voyez* son mémoire : *On a new mode of making an early diagnosis of aneurism of the abdominal aorta.* (Dublin Journ., tom. II, p. 375).

bruit de soufflet est ordinairement très-fort. Dans cette maladie, les valvules semi-lunaires permettent à une partie du sang de rentrer dans la cavité du ventricule ; l'aorte et ses grosses divisions, telles que les carotides et les sous-clavières, perdent une partie de la tension de leurs parois après chaque contraction du ventricule. D'un autre côté, le sang ne circulant point dans des vaisseaux à parois tendues où sa progression serait nécessairement uniforme, s'avance en formant des courants irréguliers. Ainsi se trouvent réunies les deux conditions de l'existence du bruit de soufflet.

Les courants irréguliers déterminent des vibrations dans les parois de l'aorte. Aussi entend-on un bruit de soufflet très-fort, en appliquant le stéthoscope sur le sternum, dans le point qui correspond au trajet de l'aorte. Dans les artères carotides et sous-clavières, on peut explorer avec le doigt cette progression du sang en courants irréguliers, et sentir le frémissement qui résulte des vibrations de leurs parois. Chez quelques personnes atteintes de cette maladie, on entend très-distinctement un double bruit de soufflet ou de râpe. Le premier de ces deux bruits, ou le bruit ascendant, est produit par la progression du sang ; et le second bruit ou bruit descendant, résulte de la régurgitation de ce liquide à travers les valvules insuffisantes.

Je ne connais aucune autre théorie qui puisse expliquer, d'une manière satisfaisante, la présence du bruit de soufflet dans cette affection. L'hypothèse qui attribue la production de ce bruit à une augmentation de frottement est inadmissible ici, puisque l'orifice de l'aorte n'est pas rétréci. Celle qui en cherche la cause dans une rapidité plus grande de la circulation, n'est pas plus applicable au cas qui nous occupe, car le bruit existe indépendamment de toute accélération dans le cours du sang, et même, le plus souvent, les contractions du cœur sont plus lentes que dans l'état normal. Il en est de même de la théorie dans

laquelle on attribue le bruit de soufflet aux vibrations des valvules épaissies, car souvent les valvules sont plus minces et plus courtes qu'à l'état normal, et dans quelques cas, où l'insuffisance des valvules dépend d'une dilatation anévrysmale de l'orifice aortique, on les trouve exemptes de toute altération.

Il est si facile d'expliquer, d'après la théorie que je propose, la présence du bruit de soufflet dans les cas où l'orifice de l'aorte est rétréci par suite de l'altération des valvules, que je ne crois pas devoir insister sur ce point.

Nous arrivons maintenant à l'explication du bruit de soufflet qui a son siège dans les vaisseaux de l'utérus, pendant les quatre ou cinq derniers mois de la grossesse, et qui est synchrone au pouls de la mère. Ce bruit est ordinairement plus fort au niveau de la partie de l'utérus où se trouve l'insertion du placenta, que partout ailleurs. Les vaisseaux de l'utérus présentent alors, de la manière la plus complète, les deux conditions de l'existence du bruit de soufflet : « Les artères spermatique et hypogastrique, dit Hunter, sont considérablement dilatées. Les rameaux artériels qui ont acquis le plus de capacité, sont ceux qui se dirigent vers le placenta ; aussi, quelle que soit la position de ce dernier, la partie de l'utérus sur laquelle a lieu son insertion est évidemment celle qui reçoit le plus de sang, sans aucune comparaison. » Le docteur Evory Kennedy décrit ainsi (*On obstetric auscultation*), la portion placentaire de l'utérus : « Elle paraît constituée par un amas de vaisseaux tortueux ramifiés et dilatés en cellules ou sinus, tandis que le reste de l'utérus présente la structure parenchymateuse de l'organe, parcourue seulement par quelques vaisseaux. » On trouve donc particulièrement dans la portion placentaire de l'utérus, un courant sanguin « se précipitant, comme dit le docteur Kennedy, d'un ou deux troncs artériels, dans un vaste système de conduits dilatés. » Après chaque contraction du cœur, la pression

exercée de dedans en dehors sur les vaisseaux utérins par le produit de la conception, et celle qui, provenant de l'action des muscles abdominaux, s'exerce de dehors en dedans, se réunissent pour évacuer ces vaisseaux, et pour détendre leurs parois, soit en chassant dans les veines le sang qui vient d'être apporté dans les artères, soit en refoulant une partie du liquide vers les troncs principaux, soit enfin, ce qui est le plus probable, par ce double mécanisme. Les artères tortueuses de la portion placentaire de l'utérus présentent donc ainsi, dans l'intervalle des contractions du cœur, la première des deux conditions nécessaires pour la production du bruit de soufflet, c'est-à-dire, la flaccidité des parois; et lorsque le sang provenant des troncs principaux et formant une foule de courants qui se croisent et se heurtent dans ces artères sinueuses, arrive au contact de leurs parois détendues, ces parois ne peuvent manquer d'entrer en vibration, ce qui donne lieu au bruit de soufflet.

Dans l'anévrysme variqueux, à chaque diastole de l'artère, un jet de sang artériel se précipite dans la veine. Ce jet artériel détermine dans le sang veineux, dont la marche est moins rapide, des courants irréguliers qui, faisant vibrer les parois de la veine, produisent le frémissement appréciable au doigt, et le bruit de soufflet appréciable à l'oreille.

Il est d'autres cas qui présentent un bruit de soufflet et un frémissement très-remarquables; je veux parler de ceux où il existe une de ces tumeurs pulsatives, volumineuses, qui ont été décrites par M. Breschet, sous le nom de *varices artérielles*, et par M. Adams, comme constituant une variété des anévrysmes par anastomose.

Dans cette singulière maladie, la tumeur est molle et paraît spongieuse au toucher; elle offre des battements comme les tumeurs anévrysmales ordinaires. Lorsqu'on la saisit dans la main, on perçoit un frémissement très-intense

qui fait naître l'idée d'une infinité de courants rapides qui la traverseraient dans tous les sens. On y entend, en outre, toutes les variétés du bruit de soufflet. Ce bruit et ce frémissement sont synchrones à la dilatation des grosses artères qui se rendent vers la tumeur. La dissection apprend que ces tumeurs sont composées d'artères considérablement dilatées, à parois minces et flasques, présentant un grand nombre de dilatations latérales, s'entrelaçant et se contournant en mille replis tortueux, et mêlées à des cellules avec lesquelles elles communiquent largement. Ces cellules, communiquant aussi avec les veines, prennent souvent une couleur noirâtre, et se distendent à chaque diastole de la tumeur. En un mot, le tissu de cette tumeur, éminemment érectile, rappelle celui de l'utérus pendant la grossesse, dans lequel on observe le même bruit de soufflet.

Une telle structure présente au plus haut degré les conditions qui constituent le mécanisme du bruit de soufflet. Les artères dilatées, tortueuses, à parois minces et flasques, communiquant largement avec des cellules et des veines, et se vidant en partie après chaque diastole, sont dans les conditions les plus favorables pour que leurs parois entrent en vibration par l'impulsion des courants qui se forment dans leurs cavités. Le sang, qui est poussé dans ces tubes dilatés, et en partie privés de tension, forme un grand nombre de tourbillons en traversant leur canal, et, se transformant dans leur intérieur en une infinité de courants de vitesse extrêmement variable, détermine un mouvement vibratoire dans leurs minces parois. Si l'on exerce une pression momentanée sur un des troncs principaux qui alimentent les artères tortueuses de la tumeur, de manière à ce que les vaisseaux de celle-ci deviennent encore plus flasques, les conditions deviennent d'autant plus favorables à la production du bruit de soufflet. Quand on suspend cette compression, la tumeur se remplit de nouveau rapidement, avec un bruissement très-fort.

Quelquefois le bruit de soufflet se fait entendre dans les grosses artères et dans le cœur de sujets qui ont perdu une grande quantité de sang, et l'on sait qu'il est perçu dans le cœur et dans les artères des animaux que l'on saigne abondamment. Dans ces cas, par suite de la diminution considérable et soudaine de la quantité de sang, l'équilibre de la circulation se trouve détruit ; le système vasculaire ne peut pas s'adapter subitement à cette diminution du liquide en circulation, et les grosses artères n'étant pas suffisamment tendues, le sang est poussé à l'intérieur de ces tubes, à chaque contraction du cœur, non en une masse dont toutes les molécules s'avancent d'une manière uniforme, mais en formant des courants irréguliers. Un fait qui confirme cette manière de voir est le suivant : quand on pratique la saignée de l'artère temporale, si l'artère a un certain volume, et si l'instrument ne l'a pas divisé complètement en travers, indépendamment du sang qui coule par la plaie, il reste encore une certaine quantité de liquide qui poursuit son cours dans la cavité du vaisseau, ainsi qu'il est facile de le reconnaître aux battements que l'on peut sentir au-delà de l'incision. Au-dessus de la plaie, le doigt appliqué sur le vaisseau y perçoit un frémissement manifeste, tandis qu'au-dessous il existe une simple pulsation. Ici, la portion de l'artère située au-delà de la plaie, se trouve dans les mêmes conditions que les gros troncs artériels chez les sujets qui ont perdu une quantité considérable de sang : elle ne reçoit pas dans sa cavité la quantité de sang qui serait nécessaire pour tenir ses parois tendues. Ce qui passe de ce liquide dans cette portion, ne pouvant se mouvoir comme une masse uniforme, se décompose en courants irréguliers ; et ce sont les vibrations que ces courants déterminent dans les parois de l'artère, qui donnent lieu au frémissement dont cette portion de l'artère est le siège.

Le bruit de soufflet se fait entendre quelquefois chez des

personnes hystériques, nerveuses ou irritables, sans qu'il existe ni contraction, ni dilatation pour en rendre compte. Chez ces personnes, des causes très-légères troublent la régularité des mouvemens du cœur et des artères. La conséquence immédiate de ce trouble est une perversion, souvent momentanée dans la progression du sang, et une modification de l'état naturel de tension des artères. Telle est l'origine du bruit de soufflet dans ces cas. Mais que la cause de l'agitation, des mouvemens irréguliers, précipités du cœur, vienne à disparaître, cet organe reprend ses mouvements réguliers, la circulation devient uniforme, les parois des artères reviennent à leur degré normal de tension, et le bruit de soufflet perd de sa force et cesse bientôt tout-à-fait. Dans la fièvre inflammatoire, les mouvements du cœur sont plus énergiques et plus fréquents qu'à l'état normal; les artères sont plus pleines qu'à l'ordinaire; le sang s'avance par un mouvement uniforme de toutes ses molécules; aussi ne se produit-il aucun bruit de soufflet.

La théorie que je viens d'exposer peut être corroborée par une expérience très-simple.

On adapte une portion d'intestin de mouton, ou bien un tube de cuir ou de gomme élastique, à l'extrémité inférieure d'un conduit en étain, dont l'extrémité supérieure communique avec un vase haut de quatre à cinq pieds, et plein d'eau. L'appareil est disposé de manière à ce qu'une partie du tube métallique et la totalité du tube flexible, qui d'ailleurs ont le même diamètre, soient posées horizontalement. On laisse couler l'eau dans la cavité de ces conduits.

Tant que les parois du tube flexible sont maintenues dans un état de tension par l'afflux abondant du liquide qui le traverse, la progression de ce liquide dans sa cavité se fait comme celle du sang dans une artère pleinement distendue, elle est douce et uniforme : aucun *bruit* n'est produit. Les parois du tube étant appliquées avec tension

et exactitude sur le liquide, aucun mouvement vibratoire ne peut s'y développer; aussi ce tube ne présente-t-il aucun *frémissement.*

Si avec le doigt on exerce, sur un point quelconque du tube flexible, une compression par suite de laquelle la quantité du liquide qui arrive à la *portion située au-delà* est diminuée, les parois de cette portion perdent leur tension, le liquide s'y décompose en courants irréguliers; en un mot, le tube flexible se trouve placé dans les mêmes conditions que l'artère fémorale soumise à l'expérience qui est décrite au commencement de ce mémoire, et l'oreille entend un fort bruit de soufflet, tandis que la main placée sur le tube flexible perçoit un véritable frémissement.

M. Bouillaud a objecté contre cette expérience, que le bruit de soufflet est produit, non dans la portion du tube située au-delà du point comprimé, mais au niveau de ce point lui-même; qu'il est l'effet de l'augmentation de la pression exercée sur le liquide au moment où celui-ci franchit le rétrécissement, et que cette expérience confirme par conséquent sa doctrine.

Pour répondre à cette objection, j'ai refait l'expérience de la manière suivante :

A l'extrémité du tube flexible, j'ai adapté un tuyau dont l'aire égalait la moitié de celle du conduit métallique. Ensuite je laissai couler librement le liquide. Il s'écoula un peu de temps avant que le tube flexible interposé aux deux conduits eût acquis toute sa tension. Pendant tout ce temps, ses parois furent le siège d'un mouvement vibratoire appréciable à l'œil, et l'on entendit un fort bruit de soufflet; mais dès que le tube flexible eut atteint son degré normal de tension, tout frémissement et tout bruit de soufflet cessèrent subitement, bien que le liquide continuât à couler aussi librement.

Voulant m'assurer si un rétrécissement du tube peut

prendre part à la production du bruit de soufflet, je plaçai une ligature à la partie moyenne du tube flexible, et je la serrai de manière à diminuer d'un tiers la cavité de ce tube. Si la diminution avait été portée plus loin, la portion du tube située au-delà n'aurait pu conserver sa tension, et il se serait produit un bruit de soufflet permanent. J'obtins ici le même résultat que dans l'expérience précédente, c'est-à-dire, que j'observai le bruit de soufflet et le frémissement pendant tout le temps que le tube flexible mit à se remplir, mais que ces deux phénomènes cessèrent aussitôt que le tube flexible fut complètement distendu. Si le rétrécissement était la cause *immédiate* du bruit de soufflet, et suffisait pour sa production, ce bruit aurait continué à se faire entendre; et sa cessation, au moment même de la pleine distension du tube, bien que le rétrécissement restât le même, démontre de la manière la plus évidente, que tout le rôle du rétrécissement se borne à favoriser l'établissement des conditions d'où dépend immédiatement la production du bruit de soufflet. Cette expérience prouve aussi que l'augmentation de rapidité du liquide n'est point la cause du bruit de soufflet, car ce bruit aurait dû persister dans la portion rétrécie où la vitesse du liquide doit être toujours plus considérable que dans les autres portions.

A la place du tube flexible formé par un intestin de mouton, j'adaptai, à l'extrémité du conduit métallique, un tube en cuir qui présentait un renflement latéral, et qui ressemblait exactement à une artère affectée de dilatation anévrysmale. J'eus soin que l'orifice par où le liquide s'écoulait au dehors fut plus petit que celui du tube métallique. A raison de cette différence, il s'écoula un court espace de temps avant que le tube de cuir fut pleinement distendu; pendant tout ce temps, le doigt placé sur la portion dilatée sentit un frémissement manifeste, et dans

le même point, un bruit de soufflet très-fort se faisait entendre. Mais du moment que cette cavité fut complètement remplie et distendue, bien que le liquide continuât à la traverser, tout bruit et tout frémissement cessèrent. Cette expérience nous explique la présence du bruit de soufflet dans certains anévrysmes, et son absence dans certains autres.

Il est inutile de dire que je considère le bruit de soufflet et toutes ses variétés, *bruit de lime*, *bruit de râpe*, etc., de même que le frémissement cataire, comme ayant la même origine.

En faisant les expériences qui viennent d'être décrites, il y a deux précautions à prendre : 1.° il faut que l'air soit expulsé avec le plus grand soin de l'intérieur des tubes; 2.° il faut que le tube flexible ait au moins trois ou quatre pieds de longueur, et que l'extrémité par laquelle le liquide s'écoule, plonge dans un vase plein d'eau, afin d'éviter la confusion résultant du bruit qui se produirait à cette extrémité.

En parlant de la flaccidité ou du défaut de tension des parois vasculaires, je veux seulement exprimer un état dans lequel, leur tension étant *diminuée*, ces parois sont susceptibles de vibrations, et que l'on doit distinguer de l'état où se trouvent ces mêmes parois lorsqu'elles sont *complètement* remplies et distendues par un liquide incompressible. Cet *état vibratoire* peut être produit dans un tube métallique aussi bien que dans un tube flexible. Le tube d'étain dont je me suis servi dans les expériences précédentes ayant été rétréci par un coup de marteau, à un pied de distance de son extrémité terminale, il se produisit un bruit de soufflet musical très-fort, dans la portion du tube située entre le rétrécissement et l'orifice de sortie qui avait conservé son diamètre primitif. On peut facilement expliquer ce bruit de la même manière que le

bruit de soufflet observé dans les tubes flexibles. Le liquide, en passant de la portion rétrécie dans la cavité plus large, tendait à laisser des espaces vides le long des parois. Il s'écartait donc du courant central plus rapide que tous les autres, de petits courants qui formaient des remous, pour venir remplir ces espaces. Le mouvement vibratoire du liquide dans cette portion du tube se communiquait à ses parois, et entrait également en vibration ; delà, le bruit qui était perçu. On ne pouvait constater aucun frémissement, parce qu'ici les vibrations sont trop petites pour être appréciables au toucher.

Si cette explication est exacte, tout ce qui tend à faire cesser le mouvement vibratoire du tube doit faire cesser aussi le bruit de soufflet. C'est en effet ce qui eut lieu : on donna à l'orifice d'écoulement un diamètre plus étroit que celui de la portion rétrécie ; lorsqu'on laissa couler le liquide, celui-ci sortit de l'orifice diminué en s'élançant avec force à une distance de plusieurs pieds ; et aucun bruit ne put être entendu dans la portion du tube où il avait été très-marqué (1). Dans ce cas, il ne se formait plus de bruit, parce que la portion du tube comprise entre le rétrécissement et l'orifice étroit se trouvait dans les mêmes conditions que le tube flexible arrivé à l'état de distension, dans l'une des expériences rapportées ci-dessus : ses parois ne pouvant plus vibrer, il n'y avait plus de son rendu.

(1) Dans cette expérience, il se produit un son peu appréciable à l'orifice d'écoulement, mais il est très-facile de le distinguer du bruit musical qui a son siège dans les parois du tube.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie.

MENSTRUATION. *Acidité du sang menstruel; nouvelles idées sur son origine, par M. C. Retzius, de Stockolm.* — On sait que le sang menstruel n'a pas la propriété de se coaguler. On a expliqué cette circonstance par le défaut de fibrine, dont l'absence aurait été constatée par l'analyse chimique. On a cru voir une confirmation de ce résultat dans la lenteur avec laquelle ce sang se putréfie. Osiander et d'autres physiologistes prétendent qu'il peut être conservé pendant un an, sans subir la décomposition putride. Considérant la rapidité de la putréfaction des autres espèces de sang, et admettant, ainsi qu'on l'a fait, que la cause de ce phénomène dépend de la grande quantité d'azote qui est renfermée dans le sang, comme la fibrine contient beaucoup d'azote, on pouvait naturellement conclure que la lente putréfaction du sang menstruel pourrait bien dépendre de l'absence de la fibrine. Le docteur Retzius s'élève contre ces idées, dans un Mémoire récemment publié dans un journal de Christiania, intitulé *Eyr.* 1835. n° 3. Il prétend que si le sang menstruel ne contenait pas de fibrine, le reste du sang de la femme devrait en contenir plus que celui de l'homme; que, par conséquent, la femme devrait être plus sujette aux inflammations, ce qui n'a pas lieu, etc. Il ajoute que la disposition d'une substance à la putréfaction n'est point en raison de la plus grande quantité d'azote qu'elle renferme, puisque la caséine qui, de toutes les substances après l'urée, est celle qui contient le plus d'azote, ne se putréfie point, qu'elle soit dissoute ou non dans l'eau, ou même lorsqu'elle est soumise à l'action de la chaleur. En outre, le docteur Retzius s'est assuré, par des recherches microscopiques, que le sang menstruel contient les mêmes globules, quant à la forme, à la couleur, au nombre, etc., que l'autre sang. Dans le cours de ses investigations, le docteur Retzius fut porté à plonger du papier de tournesol dans le sang menstruel, et il s'aperçut avec étonnement que la couleur bleue de ce papier était très-promptement amenée au rouge; d'où il conclut que ce sang est beaucoup plus acide que le sang ordinaire. Des recherches ultérieures lui ont fait reconnaître que cette acidité est due à la présence des acides

phosphorique et lactique à l'état libre. Si de nouvelles recherches viennent confirmer ce fait, il est facile d'expliquer la non-coagulabilité du sang menstruel.

Voici comment le docteur Retzius explique la formation et le mode d'action de ces acides : il est évident que le but de la nature est de produire une congestion et un arrêt du sang dans les vaisseaux utérins. Ce fait physiologique dépend, en partie, du grand nombre et du rapprochement que présentent, dans l'utérus, les branches artérielles qui naissent des artères spermatiques, utérines et honteuse interne ; en partie du peu d'épaisseur de ces branches artérielles, en partie de la disposition particulière des veines de ce viscère, c'est-à-dire, leurs ramifications et l'absence de valvules dans leur cavité, et en partie, enfin, du volume plus considérable, toutes proportions gardées, de l'aorte chez la femme. Pendant cet état de congestion, l'acide phosphorique et l'acide lactique libre se forment dans les vaisseaux de l'utérus, et font éprouver au sang qu'il renferme une altération qui consiste dans la dissolution ou toute autre modification de la fibrine, de telle sorte que celle-ci ne peut plus ensuite en être séparée ; il se passe dans cette circonstance un phénomène analogue à celui qui a lieu lorsqu'on fait dissoudre la fibrine, hors du corps, dans un acide, et qu'elle ne peut plus ensuite être rappelée à sa première forme.

Le docteur Retzius affirme qu'après l'évacuation du sang acide qui est accumulé dans les vaisseaux utérins par suite du molimen menstruel, si le sang continue à s'écouler, comme dans la ménorrhagie, il devient coagulable, parce qu'il n'a pas séjourné assez longtemps dans les vaisseaux de la matrice pour que les acides indiqués se soient formés. Chez une femme dont la menstruation était très-abondante, il a remarqué que pendant les trois premiers jours le sang n'était point coagulable, et qu'alors il était acide ; qu'ensuite il contractait la propriété de se coaguler, et qu'en même temps il perdait son acidité. Le docteur Retzius suppose que pendant la grossesse, pendant ce temps où la fibrine est si nécessaire à l'accomplissement du travail qui se fait dans l'utérus, il ne se forme probablement point d'acide dans le sang, et il ajoute qu'à la première époque menstruelle après l'accouchement, le sang n'est pas tout-à-fait aussi acide qu'il le devient par la suite.

On reconnaît dans ce qui précède plusieurs opinions hypothétiques et hasardées. Toutefois, le travail du docteur Retzius est loin d'être à dédaigner, surtout à cause des recherches sur la chimie

animale qu'il renferme. (*The British and Foreign med. rev.*, N.° 3, p. 274).

Pathologie.

ANÉVRYSME DU CANAL THORACIQUE ; *par le docteur Albers, de Bonn.* — Un homme, qui avait succombé à un abcès du foie, fut examiné après sa mort par le docteur Albers. On trouva dans la région du plexus solaire, parmi plusieurs tumeurs cartilagineuses très-dures, une tumeur molle et élastique munie d'une enveloppe demi-transparente. Cette dernière était parsemée de nodosités, et avait à-peu-près la forme d'une figue. Le docteur Albers la prit d'abord pour une hydatide ; mais il ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle était fixée par des brides membraneuses, en plusieurs endroits, et qu'un canal communiquait avec son intérieur, soit de haut en bas, soit de bas en haut. Elle renfermait une sérosité lymphatique au sein de laquelle était suspendue une matière floconneuse. La surface interne de la cavité de la tumeur était douce et uniforme. Une sonde passait facilement de la portion inférieure du canal dans la portion supérieure, en traversant la tumeur. Des recherches attentives démontrèrent que c'était un anévrysme du canal thoracique. Les parois de l'anévrysme étaient plus épaisses et plus résistantes que celles des portions du canal qui avaient conservé leur calibre naturel. Le docteur Albers n'avait encore rencontré qu'un cas analogue ; c'était une dilatation du réservoir de Pecquet, qui fut trouvée chez un hydropique. (*Hannoversche Annalen*, T. II, partie I, 1836).

C'est une chose singulière que de ne pas voir plus souvent le canal thoracique affecté dans les maladies des organes environnants. Combien de fois n'est-il pas soumis à des compressions, chez les sujets scrofuleux et phthisiques, par suite du développement de tumeurs, de l'engorgement des ganglions, etc. ? Cependant ces compressions ne s'accompagnent point de dilatations correspondantes, ainsi qu'on l'observe pour les arteres et pour les veines. Le docteur Albers a vu un cas où le canal thoracique avait été réduit, vers le milieu de sa longueur, par suite de la compression, à un calibre si étroit, qu'il ne pouvait pas même admettre une soie de sanglier. Dans un autre cas, le canal était entièrement oblitéré. Dans aucun de ces cas, le calibre du canal n'était altéré au-dessous du point comprimé. Cette particularité doit être attri-

buée, sans aucun doute, à la nature du liquide qui circule dans ce vaisseau ; à la lenteur de son cours, et à la présence d'un certain nombre de branches qui s'anastomosent avec le système veineux. Ce qui tend à le prouver, c'est que chez des enfans chez lesquels on a trouvé le canal thoracique rétréci ou oblitéré, il n'y avait point eu d'émaciation. Werther a découvert une division de ce canal s'ouvrant dans la veine azygos. On peut consulter à ce sujet, Rokitanski, *Austrian Annals*, T. XVII, p. 441, et un mémoire extrêmement curieux d'Astley Cooper, dans la traduction de ses Œuvres, par MM. Chassaignac et Richelot, dans la partie consacrée aux mémoires.

Perforation spontanée du duodénum; *obs. communiquée par M. Petrequin, D. M. P.* — Un ouvrier en soie, âgé de 32 ans, qui depuis quelques jours s'était fait garçon d'auberge pendant une fête baladoire, fut apporté mourant à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 24 septembre 1834.

Il a la figure décomposée, le nez effilé, les traits grippés, et la peau de la face bleuâtre et terreuse ; le corps est couvert d'une sueur froide. Le ventre est horriblement douloureux ; il est tendu, et dur comme une plaque de métal ; les urines sont supprimées. Le malade est dans un état de faiblesse, de dyspnée et d'angoisses extrêmes ; il conserve ses facultés intellectuelles ; on ne sent plus le pouls à l'avant-bras ; il faut aller le chercher à l'artère humérale ; il est petit et filiforme ; les extrémités sont déjà froides. (Cataplasmes narcotiques, un demi-lavement laxatif, une potion calmante, et l'application de trente sangsues autour de l'abdomen). Ceux qui l'apportaient racontèrent que, dans la journée du 21, il avait été pris tout-à-coup de violentes coliques qui le renversèrent par terre; il se tordait, tant elles étaient déchirantes. En peu de temps, la physionomie présenta une altération profonde ; il eut beaucoup de nausées, et quelques vomissemens. On lui fit prendre du thé et du café, ce qui ne servit qu'à aggraver l'état de malaise où il se trouvait ; le ventre, siège de cruelles souffrances, enfla rapidement, et devint de plus en plus douloureux jusqu'au moment où il fut amené à l'hôpital. Tous s'accordaient à dire qu'il avait été empoisonné. Un médecin, appelé le 23, ne s'était pas prononcé, ce qui ne fit qu'entretenir les soupçons. En effet, l'ensemble des symptômes pouvait conduire à une semblable idée.

En pareille occurrence, on ne peut s'entourer de trop de documents; et sachant combien les circonstances commémoratives pourraient être utiles à connaître, j'envoyai de suite prendre des

informations exactes sur les lieux et dans sa famille. Voici quel fut le résultat de ces recherches : Huit ans auparavant, cet homme avait eu une maladie qui le força de s'aliter pendant quinze jours, et qui me paraît avoir consisté en une irritation gastro-duodénale : il avait des douleurs dans l'épigastre et dans l'hypochondre droit ; il éprouva des nausées et quelques vomissements ; les yeux étaient jaunes, sans qu'il y eût ictère. Les digestions restèrent pénibles pendant quelque temps. Depuis cette époque, il se plaignait d'éprouver de temps à autre un malaise inaccoutumé dans l'hypochondre ; parfois les douleurs devenaient plus vives, et il avait des renvois aigres ; il eut même quelquefois des vomissements bilieux d'une grande amertume. Jamais du reste il ne prit la jaunisse. En 1832, il travailla pendant cinq mois aux fortifications qu'on commençait à élever autour de Lyon ; il avait souvent les pieds dans l'eau pour creuser les fossés ; ce travail était très-pénible eu égard à celui qui l'occupait d'habitude. Il éprouva plusieurs fois des douleurs dans l'hypochondre, et depuis lors il ne cessa de se plaindre que le rouleau de son métier lui faisait mal à l'estomac. J'ajouterai que cet homme hantait les cabarets, et qu'il s'enivrait de temps en temps. Le 7 septembre 1834, à l'occasion d'une fête du pays, il se fit garçon de restaurant ; là il se prit à manger considérablement et à boire à l'avenant, c'est-à-dire, beaucoup plus qu'il n'avait l'habitude de le faire. Aussi il lui survint plusieurs fois des coliques assez vives, et à chaque crise il ne manquait pas de boire un nouveau verre d'eau-de-vie, afin, disait-il, de les faire passer. Enfin, le 21, il fut pris tout-à-coup des symptômes que j'ai décrits. Trois heures après son entrée à l'hôpital, il était mort sans qu'on eût eu le temps de remplir l'ordonnance.

La *nécropsie* fut faite 23 heures après la mort, en présence de MM. Rougier et Dupasquier, médecins à l'Hôtel-Dieu. — Il n'y a aucune altération dans la substance du cerveau ; on trouve seulement un peu de sérosité rougeâtre dans les ventricules latéraux ; les vaisseaux des méninges ne paraissent pas engorgés ; cependant il s'écoule une assez grande quantité de sang pendant qu'on enlève l'encéphale. Le cœur est sain : les poumons sont un peu engoués, mais crépitans : jetés dans l'eau, ils surnagent. Il y a à gauche quelques adhérences d'ancienne date. Les parois du ventre sont tendues, dures, sans ballonnement, et sonores à la percussion en divers endroits. En disséquant avec soin, je parvins à isoler le péritoine abdominal, qui était épaissi, opaque presque partout, sillonné de vaisseaux sanguins, et semé en plusieurs points de rou-

geurs par plaques. La cavité péritonéale renfermait environ deux litres d'un liquide jaunâtre, semblable à de la moutarde délayée dans de l'eau. Je crus avoir ouvert l'estomac, il n'en était rien; il contenait une matière analogue, et ne presenta aucune solution de continuité. Il y avait quelques plaques rouges vers le grand cul-de-sac, où la muqueuse se trouvait ramollie et s'enlevait assez facilement sous l'ongle. Le duodénum ne paraissait enflammé que dans un seul point, où existait une petite ulcération qui en avait érodé les parois; les bords en étaient durs, épais, rougeâtres, et en forme d'entonnoir. C'était par là que le liquide s'était épanché dans le péritoine. Cette perforation se trouvait à environ vingt lignes du pylore: entre ces deux points, je remarquai une autre place où la muqueuse était déjà altérée. Le reste des intestins ne présenta rien de morbide à l'intérieur. Toute la surface péritonéale du tube digestif était brunâtre, et recouverte çà et là de fausses membranes récentes; tiraillé, le tissu intestinal se déchirait avec plus de facilité que d'habitude.

Comme l'analyse des matières devait lever le dernier doute, s'il en restait encore, j'eus soin de recueillir le liquide; j'y laissai, pendant vingt-quatre heures, une lame de couteau fraîchement aiguisée pour cette expérience; il ne s'y déposa pas une seule parcelle de cuivre. D'après ce qui précède, je crus inutile de recourir aux autres réactifs des sels cuivreux, tels que les hydrosulfates solubles et l'hydrocyanate ferruré de potasse qu'on fait agir sur le liquide filtré et décoloré par le charbon animal. Il me fut démontré, par la dissection, que la perforation était le résultat d'une inflammation chronique du duodénum qui avait amené l'érosion successive des trois membranes de l'intestin, érosion dont les progrès ont été favorisés par les écarts de régime. C'est donc un exemple tranché de *duodénite* distincte et circonscrite à ajouter aux faits rares de ce genre que possède la science; et quand cette observation n'offrirait pas d'autre intérêt, elle serait encore utile; elle pourra fournir quelques lumières pour l'histoire incomplète encore de cette maladie.

Thérapeutique.

Effets de la strychnine appliquée localement dans la paralysie; *par le docteur Smith.* — Il y a deux ans, un marin entra à l'infirmerie de Baltimore; il était affecté d'une paralysie des muscles externes de la jambe gauche. Il déclara que, quelques jours auparavant, il avait reçu, à la partie antérieure de la

cuisse, un coup qui avait produit une contusion, et qui avait laissé les muscles sensibles à la pression. Les effets immédiats de cet accident disparurent promptement; mais il survint, dans le membre, une sensation de faiblesse qui alla toujours en augmentant, et qui se termina bientôt par la paralysie. Les muscles de la partie antérieure de la cuisse étaient alors flasques et relâchés. Lorsque le malade tenait sa jambe parfaitement étendue sur la cuisse, le membre pouvait supporter le poids de son corps; mais lorsqu'il la fléchissait tant soit peu en essayant de marcher, elle se pliait en deux immédiatement, et s'il comptait sur elle pour le supporter, il tombait. Quand il était assis sur un siège élevé, et qu'il laissait pendre sa jambe, il ne pouvait plus la faire osciller en avant. Cet homme avait éprouvé quelques symptômes gastriques peu intenses, qui avaient cédé à l'emploi de remèdes convenables. Je ne pus découvrir aucun signe d'irritation spinale. J'eus recours à des frictions stimulantes, mais j'en obtins peu d'effet. Les douches froides n'eurent pas plus de succès. Je fis placer alors un petit vésicatoire à la partie moyenne de la face antérieure de la cuisse, et je fis répandre sur la surface dénudée un quart de grain de strychnine. Cette application fut faite dans la soirée, et, dans la nuit suivante, le malade fut éveillé par des contractions spasmodiques et involontaires des muscles malades, se reproduisant à de courts intervalles, et ne lui permettant pas de tenir son membre tranquille dans son lit. Le lendemain matin, lorsque le malade se leva, il fut tout étonné de trouver qu'il avait la faculté d'étendre sa jambe sur sa cuisse, et qu'il pouvait se tenir debout et marcher en toute sécurité, bien que le membre n'eût pas recouvré toute sa force primitive. Je fis renouveler l'application de strychnine dans la soirée; les mouvemens involontaires ne se reproduisirent pas, mais la faculté contractile des muscles fit de nouveaux progrès. Cette amélioration continua malgré la cessation du moyen qui l'avait provoquée, et en peu de jours le membre avait complètement recouvré sa force.

Ce résultat m'a engagé à avoir recours au même médicament, dans plusieurs cas de paralysie locale; mais je n'ai point été aussi heureux dans mes tentatives. Une fois cependant, j'ai obtenu un succès partiel dans une paralysie du bras et de l'avant-bras gauche. Dans ce cas, les muscles furent de même agités de mouvemens involontaires, accompagnés d'un peu de douleur. — L'auteur pense que dans les cas où la strychnine est employée avec succès, la cause de la paralysie a son siège dans la fibre muscu-

laire seule, et que le médicament agit en modifiant la contractilité lésée par suite de quelque perversion de la nutrition. (*North American Archives.* mars 1825, N.° 6).

HÉMORRHOÏDES : *Guérison de tumeurs hémorrhoïdales internes par un appareil contentif : obs. communiquée par M. Guyot.*—M. P.***, ancien commissaire des guerres, portait depuis 25 à 30 ans des tumeurs hémorrhoïdales internes, fluentes, qui s'étaient accrues au point d'acquérir le volume d'un œuf de dinde. Elles ne sortaient d'abord que dans les efforts de la défécation, mais elles finirent par dilater tellement le sphincter de l'anus, qu'elles tombaient dehors pendant la marche ou même pendant la station. Le malade était obligé, dans cette position, de porter à chaque instant la main à l'anus pour les soutenir ou les refouler. A certaines époques, soit à la suite de fatigues, soit par un mouvement fluxionnaire spontané, les tumeurs formant, au nombre de dix à douze, une espèce d'anneau circulaire profondément lobé, se tendaient fortement; leur surface devenait rouge, enflammée, sensible au plus haut degré; des douleurs aiguës, des élancemens violens s'y faisaient sentir jusqu'à ce qu'une hémorrhagie abondante vint mettre fin à des tortures de plusieurs jours. M. P.***, homme extrêmement actif et fort éclairé, désirait avec ardeur d'être délivré d'une incommodité si nuisible à ses fonctions; il s'adressa donc à Delpech, de Montpellier, son ami. Delpech déclara que l'excision de ces énormes tumeurs exposerait aux plus grands dangers; que la ligature n'était pas praticable; que la compression par un suppositoire pourrait irriter les surfaces, et déterminer l'état cancéreux; il convoqua une consultation nombreuse pour examiner le cas, et tous ses collègues partagèrent son avis. On se contenta d'indiquer les adoucissans et les palliatifs accoutumés. M. P.*** vint à Paris et consulta Dupuytren qui l'engagea à ne point s'exposer à l'excision : plusieurs notabilités chirurgicales lui donnèrent le même conseil. Il vivait donc avec toutes les incommodités de son affection, sans espoir d'en être jamais délivré. Cependant l'inflammation des tumeurs se répétait de plus en plus fréquemment; les hémorrhagies abondantes et rapprochées épuisaient ses forces et compromettaient sensiblement sa santé. Je le connus en 1833, et souvent il me parlait de sa maladie. Souvent il paraissait déterminé à en finir; il parlait d'opération, et malgré les sages avertissemens qu'il avait reçus, un chirurgien entreprenant l'eût certainement décidé à subir l'excision. Je me contentai de lui indiquer successivement quelques moyens d'adoucir ses

souffrances : les tumeurs remontaient à une hauteur telle, de l'intestin, qu'il me paraissait impossible d'amener au-dehors tous leurs points d'insertion, et par conséquent impossible de tenter une opération avec quelque chance de succès. Cependant M. P... m'avait souvent répété qu'au milieu de ses plus grandes douleurs, lorsqu'il pouvait soutenir l'anus, soit avec la main, soit en s'asseyant, il éprouvait un soulagement instantané; il me disait aussi qu'après avoir passé plusieurs jours en voiture, il pouvait, à son grand étonnement, marcher plus librement et sans que les tumeurs descendissent pendant longtemps. Deux circonstances me firent penser qu'en soutenant continuellement l'anus, et présentant au plancher du bassin un appui solide et permanent, on obtiendrait au moins autant de soulagement qu'avec la main, et un effet aussi heureux que celui produit par le coussin d'une voiture. Je songeais donc à loisir à un bandage qui pût remplir convenablement cette indication, lorsque, au mois de septembre 1835, je vis M. P... dans un tel état de souffrance et d'épuisement, qu'il me parut indispensable de réaliser au plutôt mon idée ; il était dégoûté de la vie qui n'était plus pour lui qu'un supplice sans fin. Sans le prévenir, je construisis un appareil ; je pris une ceinture doublée de peau douce, destinée à ceindre le corps au-dessus des hanches, au moyen d'une boucle s'arrêtant au-dessous et au niveau du nombril, au point diamétralement opposé, qui devait correspondre aux dernières vertèbres lombaires, je fis coudre une large boucle destinée à fixer l'extrémité postérieure d'une bande de peau forte qui delà, descendrait au coccix en s'élargissant pour servir de base à une espèce de coussin en peau douce bien rembourré, devant occuper l'intervalle compris entre le coccix, le pubis et les deux tubérosités sciatiques. Au-dessous du scrotum, cette bande de peau forte se divisait en deux lanières réduites à huit lignes de largeur, devant remonter par les aines à la ceinture dont j'ai parlé d'abord, et se tendre sur elle au moyen de deux petites boucles placées à égale distance de l'ombilic, et perpendiculaires sur l'angle interne de l'aine. Je fis coudre au centre du coussin une pelote bien dure ayant la forme et le volume d'un œuf de poule coupé en deux, suivant son grand diamètre. Cette pelote devait, par son centre, répondre à l'orifice même de l'anus, et la coïncidence de ces deux points devait être facile à obtenir, puisqu'il était facile d'élever plus ou moins le plancher artificiel qui la supportait en serrant la boucle postérieure ou les boucles antérieures. Je portai mon appareil grossièrement terminé; nous l'appliquâ-

mes immédiatement après avoir réduit la tumeur hémorrhoïdale, et, à ma grande satisfaction, loin de faire éprouver aucune gêne, il donnait au malade un sentiment de soutien, de solidité, un bien-être et une confiance que depuis longtemps il ne connaissait plus; il ne pouvait se lasser de marcher et de dire qu'il n'éprouvait plus aucune gêne, qu'il n'avait plus d'hémorrhoïdes. L'expérience confirma pleinement mes prévisions; depuis le 30 septembre 1835, M. P... marche, et pendant des journées, sans éprouver la moindre incommodité. Un bandagiste lui fit une ceinture plus commode et plus parfaite, sur mon modèle. M. P.... quitte son appareil pendant la nuit; il lui reproche de retenir les vents: il serait difficile de disposer la pelote de façon à leur donner issue. Depuis plus d'un an que M. P... porte son bandage, les congestions et le flux hémorrhoïdalse sont manifestés à des époques de plus en plus éloignées; les tumeurs se sont manifestement flétries, et leur volume a considérablement diminué. . . . .

Cette observation de M. Guyot nous semble des plus intéressantes, en ce qu'elle montre l'effet d'un moyen bien simple, dans une affection fort commune, et qui, portée à certain degré, peut avoir les conséquences les plus fâcheuses. Ce moyen n'est pas nouveau, car il est décrit un bandage analogue à celui qu'inventa M. Guyot, dans l'*Encyclopédie* de Diderot et d'Alembert, art. *Hémorrhoïdes*. Cependant il n'est point indiqué dans les livres les plus estimés et les plus récens sur les hémorrhoïdes. On a vu que les chirurgiens les plus célèbres, jugeant impraticable l'excision des tumeurs, seul moyen de guérison qu'ils entrevissent, ne purent apporter aucun soulagement à une affection qui menaçait la vie du malade.

Académie royale de Médecine.

Séance du 27 novembre. — PLEURÉSIE. — Un passage du procès-verbal pouvant faire supposer que M. Piorry a élevé quelques doutes sur l'exactitude du diagnostic porté relativement aux 150 cas de pleurésies *simples* observés à la Pitié, et *tous guéris*; M. Louis prend la parole et répète tout ce qu'il a avancé dans la précédente séance. Il est prêt d'ailleurs à dire, si on l'exige, à

quels signes il a constaté qu'il y avait bien réellement pleurésie. — M. Piorry s'empresse de répondre qu'il n'a pas un instant mis en doute la sûreté du diagnostic de M. Louis. Il a voulu dire seulement que la pleurésie étant très-rarement exempte de complications, la réunion de 150 cas faisant exception à cette règle, lui avait paru extraordinaire. M. Louis réplique que pour lui une pleurésie est *simple*, quand les sujets atteints ont été jusqu'alors bien portans, et lorsque, pendant les premiers jours, il ne se joint aux symptômes de l'inflammation de la plèvre, aucun signe d'une autre maladie concomitante. M. Louis sait du reste que l'inflammation appelle l'inflammation, et qu'il est rare d'ouvrir un cadavre qui n'en présente de traces que dans un organe isolé.

PLAIE GRAVE DE LA JAMBE : *lésion des principales artères du membre; amputation de la cuisse.* — M. Larrey fait en son nom et en celui de M. Amussat, un rapport sur une observation de M. le docteur Thomas. Le sujet de cette observation est un homme de 39 ans, qui, étant ivre, reçut un coup de faux à la partie supérieure et externe de la jambe, deux pouces au-dessous de la tête du péroné. Une hémorrhagie abondante suivit cette blessure, et s'arrêta spontanément à la suite de plusieurs lipothymies. M. Thomas ne vit le blessé qu'onze heures après. Le visage était décomposé; le cœur battait à peine, pouls insensible. Les jours qui suivirent, la vie se ranima, mais des vomissemens et des selles involontaires se déclarèrent avec du délire. Le membre restait froid, et prenait une teinte violacée. Quelques phlyctènes soulevaient l'épiderme. Il devint évident que les grosses artères du membre étaient lésées. M. Thomas crut devoir recourir à l'amputation de la cuisse, qu'il pratiqua le huitième jour. L'opération eut un plein succès. L'examen de la jambe fit voir que les trois artères, péronière, tibiales antérieure et postérieure, étaient lésées, la péronière était coupée en totalité, et les deux autres l'étaient à moitié. — M. Larrey félicite M. Thomas d'avoir opéré sans attendre que la gangrène fût limitée; mais il eût voulu que l'exploration de la blessure eût découvert plus tôt le désordre qui existait. M. Thomas se décidant dès-lors à l'opération, eût pu la pratiquer à la jambe même, où elle est moins dangereuse qu'à la cuisse.—M. Nacquart pense qu'il n'eût pas été prudent de se livrer aux recherches nécessaires pour découvrir de suite la lésion des vaisseaux, car elles pouvaient renouveller l'hémorrhagie à peine arrêtée. — M. Larrey réplique qu'il n'a pas voulu dire que M. Thomas eût dû faire ces recherches immédiatement; mais plus tard, du troisième au

quatrième jour, par exemple; il n'y avait pas d'inconvéniens. — M. Roux croit que M. Larrey se laisse influencer ici par sa prédilection pour l'amputation de la jambe, aussi haut que possible. Les désordres du membre n'étant qu'à deux pouces au-dessous de la tête du péroné, la gangrène n'avait qu'un espace très-court à franchir pour arriver à la cuisse; elle ne pouvait guère laisser, même à son début, la faculté d'amputer dans le lieu d'*élection* de M. Larrey. Quant à cette méthode de M. Larrey, M. Roux ne peut l'adopter, aujourd'hui surtout que MM. Mille d'Aix, et Martin de Paris, ont inventé des appareils qui s'adaptent si bien aux moignons, et remplacent, pour ainsi dire, les parties emportées par l'opération. L'amputation peut désormais être pratiquée dans tous les points de la continuité de la jambe, et même est-elle préférable à sa partie inférieure, près des malléoles, quand on a le choix. Relativement à la détermination prise par M. Thomas, de ne point attendre que la gangrène fût bornée pour opérer, M. Roux l'en félicite comme M. Larrey, mais il faut à ce sujet faire une distinction. Quand la gangrène est due à une cause toute externe, comme dans la circonstance dont il s'agit, la conduite de M. Thomas devra être imitée, et l'on en est convenu depuis longtemps. Mais quand la gangrène tend à s'étendre indéfiniment sous l'influence d'une cause interne, il en est autrement, et en opérant avant la délimitation spontanée de la gangrène, on s'exposerait infailliblement à la voir promptement s'emparer du moignon. M. Velpeau parle dans le même sens que M. Roux. Jusqu'à la fin du dernier siècle, le précepte de n'amputer qu'après la délimitation de la gangrène, quelle que fût sa cause, était de rigueur. M. Larrey est un des premiers qui se soit écarté de c... règle dans le cas de gangrène traumatique, et les succès ob... justifièrent de plus en plus cette pratique. Dans le cas de gangr... *interne*, il n'en sera plus de même; M. Velpeau cite la gangrèn... sénile dépendant d'une altération du système artériel, cas dans lequel la mortification fera des progrès incessants.

Empyème. — M. Larrey avait annoncé qu'il exposerait toute sa pensée sur la question de l'empyème. Il se déclare formellement partisan de cette opération. Mais pour en obtenir des résultats avantageux, il prescrit les conditions qui suivent : 1.° incision large de la poitrine; 2.° évacuation complète et du premier coup de toute la matière de l'épanchement; 3.° rejet de toute espèce d'injections. Comme conditions secondaires, M. Larrey recommande de faire les incisions de la peau et des muscles intercostaux

de manière à ce qu'elles s'éloignent le plus possible du parallélisme. On placera pendant les premiers jours seulement, une mèche pour empêcher la réunion des lèvres de la double plaie, puis on l'enlèvera quand la suppuration se sera établie. — M. Larrey cite sept à huit cas dans lesquels il a pratiqué l'empyème heureusement. Il signale notamment un de ces cas où il s'agissait d'extraire une balle, ce qui exigea la résection d'une portion de côte.

ALCALESCENCE DE L'URINE. — M. Ségalas montre de l'urine fournie par des sujets atteints de maladies de vessie, particulièrement de calculs. Il développe les preuves de l'assertion qu'il a émise, savoir que l'urine peut s'altérer et devenir alcaline dans la vessie à l'abri de tout contact de l'air, et par le fait seul de sa rétention.

Séance du 6 *décembre.* — EMPYÈME. — La discussion continue sur l'empyème. M. Barthélemy reproduit l'opinion qu'il a émise sur les dangers de la thoracenthèse. Il insiste, contrairement à M. Castel, sur l'efficacité des évacuations sanguines, pour prévenir les épanchements pleurétiques, et l'importance de cette médication pour combattre l'inflammation des plèvres. Son expérience à cet égard est péremptoire, tandis que M. Castel ne présente aucun fait pour justifier son opposition. — M. Barthélemy attaque aussi la proposition de M. Cruveilhier, qui présente la pénétration de l'air dans la cavité des plèvres, comme tout-à-fait exempte de dangers. En 1820 déjà, des expériences pareilles à celles de M. Cruveilhier ont été faites à Lyon sur des chevaux, c'est-à-dire, qu'on a ouvert les deux côtés du thorax à-la-fois. Voici leurs resultats : lorsque quatre à cinq minutes après les incisions pratiquées, on réunissait avec soin leurs bords, l'animal, dont la respiration avait été notablement gênée, recouvrait toute la liberté de cette fonction, et le vingtième jour la guérison était complète. Dans quelques cas les poumons avaient été lésés à dessein, et cette circonstance n'a en rien entravé l'ordre des phénomènes. On ne peut tirer de ces faits d'autre conclusion que celle-ci ; c'est que l'air n'est pas nuisible s'il ne reste que quelques minutes en contact avec la plèvre. Mais qu'on maintienne béante seulement un quart-d'heure l'ouverture des incisions du thorax, l'animal succombera infailliblement au bout de trente à quarante heures, non par la pleurésie, mais asphyxié. L'explication est simple ; la plèvre saine absorbe l'air ; enflammée, elle ne l'absorbe plus. Or, quaud le contact de l'air n'est que momentané-

ment renouvellé, l'inflammation n'a pas le temps de se déclarer; mais pour peu qu'il se prolonge, elle éclate, et l'on sait que les surfaces enflammées sont réfractaires à l'absorption. Ces observations, suivant M. Barthélemy, suffisent pour apprécier la juste valeur des expériences sur lesquelles s'appuie la proposition de M. Cruveilhier. L'expérimentation sur les chiens est surtout très-propre à induire en erreur. Leur peau mobile et élastique vient promptement fermer l'ouverture du thorax, et l'exsudation plastique presque instantanée de la plèvre réunit vite les lèvres de son incision. — La thoracenthèse est particulièrement inutile dans les épanchements sanguins, le sang se coagulant de suite dans la cavité des plèvres. Les expériences les plus variées ont démontré ce fait. On a disséqué et piqué les artères intercostales chez des chevaux; l'incision du thorax a été de suite réunie, et aucun accident n'est survenu. On a fait plus; après avoir avoir ouvert la jugulaire d'un cheval, le sang tiré (6 livres environ), a été immédiatement injecté dans la poitrine; l'animal n'a rien éprouvé encore. Cette expérience répétée et le cheval tué vingt-quatre heures après, le sang a été trouvé coagulé et réduit au tiers et même moins de sa quantité primitive. Sur un autre cheval tué dix jours après l'expérience, il ne restait plus qu'un très-petit caillot. La coagulation du sang paraît être très-rapide, sinon subite, dans la cavité des plèvres. Après avoir piqué une artère intercostale, sur un cheval, on a pratiqué immédiatement une contre-ouverture, et il n'a pas coulé une goutte de sang de l'intérieur de la poitrine: deux heures après, l'animal étant tué, on a trouvé le sang coagulé. Une autre fois la contre-ouverture a été faite d'abord, puis l'artère ouverte; malgré l'hémorrhagie abondante, c'est à peine s'il s'est échappé du sang à l'extérieur. — M. Barthelemy pense que les cas où l'opération de l'empyème a eu du succès pour l'extraction des balles, sont en dehors de la question. On sait en effet que les corps étrangers sont alors circonscrits dans des kystes accidentels qui les isolent dans la cavité pleurale.

M. Roux considère l'opération de l'empyème comme une opération des plus graves. Il ne partage point l'idée que l'entrée de l'air dans la poitrine est sans importance, pas plus qu'il n'admet que l'opération est du moins exempte de dangers par la nature des parties divisées. M. Roux la rapproche au contraire, sous ce rapport, de l'opération du trépan. Le contact de l'air est si évidemment nuisible, que tous les chirurgiens se sont efforcés et s'efforcent encore de le prévenir, comme le prouve l'invention

récente d'instrumens présentés à l'Institut. L'air n'a d'ailleurs une influence si fâcheuse que parce que les parties qu'il touche sont malades, M. Roux le reconnaît; ce qui le démontre, c'est que tous les jours on peut voir l'air s'infiltrer dans nos tissus sains, sans qu'il en résulte aucune inflammation.

M. Cruveilhier demande la parole pour rectifier un fait. On a objecté à ses expériences, que les ouvertures pratiquées à la poitrine sur les chiens qui y avaient servi, étaient trop petites, ou bien que le défaut de parallélisme entre les incisions de la peau et celles des muscles et de la plèvre avait entraîné leur occlusion immédiate. M. Cruveilhier a répété ces expériences. Il a d'abord fait une ouverture d'un pouce d'un côté du thorax; la respiration n'a pas changé; une seconde incision de même étendue a été faite ensuite du côté opposé, et l'animal a poussé des cris. M. Cruveilhier a introduit alors ses doigts dans l'ouverture de la poitrine, et s'est assuré que l'air pénétrait abondamment dans sa cavité. Aujourd'hui l'animal est guéri. M. Cruveilhier ajoute que ce n'est pas dans l'état aigu qu'il conseille l'opération de l'empyème; mais dans l'état chronique, on n'aura souvent pas d'autres ressources. Quand bien même les saignées répétées pourraient prévenir l'épanchement dans la pleurésie, les maladies éruptives, la scarlatine, la rougeole, n'en produisent-elles pas également?

M. Boullet présente à l'Académie le thorax d'un cheval mort de pleuro-pneumonie. On remarque sur cette pièce que le médiastin postérieur est d'une grande ténuité et criblé de trous comme une dentelle. — M. Boullet explique, par cette disposition, la double pneumonie si fréquente chez les chevaux; il en conclut encore l'inutilité d'une double thoracenthèse dans le cas d'un double épanchement thoracique chez ces animaux.

Séance du 13 décembre. — EMPYÈME. — *Suite de la discussion.* — M. Piorry vient de faire de son côté quelques expériences dont il croit devoir informer l'Académie. C'est sur des lapins qu'il a expérimenté. A l'un, il a ouvert un côté de la poitrine, et la respiration a de suite été très-gênée; l'autre côté ayant été ouvert ensuite, et une canule placée entre les lèvres de l'incision, l'animal est mort asphyxié. M. Piorry a recherché la cause de ces résultats, si différents de ceux observés par M. Cruveilhier; il croit l'avoir trouvée. En effet, il a ouvert la poitrine d'un second lapin beaucoup plus bas que chez le premier, presque immédiatement au-dessus du diaphragme; il a vu ce muscle s'abaisser, puis s'élever de manière à fermer plus ou moins exactement l'ouverture des parois thoraci-

ques, et l'animal n'a pas cessé de respirer assez librement. M. Piorry conclut que la hauteur à laquelle on incisera la poitrine fera varier ainsi les résultats de l'expérience ; que, pratiquée vers la partie supérieure, elle sera mortelle, tandis que, pratiquée très-bas, elle gênera à peine la respiration.

M. Récamier revient sur les dangers de l'entrée de l'air dans la poitrine. Il ne pense pas qu'aucun instrument puisse l'empêcher. Les effets du contact de l'air sont surtout d'altérer des liquides épanchés, comme cela devient promptement manifeste par l'odeur fétide qu'ils exhalent, et le mouvement fébrile qui se déclare par suite de leur résorption. M. Récamier ne connait pas de moyen plus sûr d'éviter et de détruire cette altération de la matière de l'épanchement, que de la remplacer par de l'eau injectée qui repousse l'air de la cavité des plèvres.

M. Sanson expose ainsi son opinion sur l'opération de l'empyème : 1.° Pour lui, il y a indication de la pratiquer, toutes les fois qu'un épanchement est assez abondant pour menacer les malades de suffocation, quand, d'ailleurs, toutes les ressources de la thérapeutique ont été épuisées ; 2.° l'introduction de l'air n'a point la gravité qu'on lui suppose ; elle est nécessaire pour l'expulsion du liquide épanché, de même que, quand on veut vider un tonneau, on ne se contente pas d'y faire un trou, mais on a soin d'y percer encore un *soupirail*, la pression de l'air étant nécessaire à la sortie du liquide ; du reste, l'état sain ou malade de la plèvre rend le contact de l'air plus ou moins innocent ; 3.° sous le rapport du procédé opératoire, M. Sanson conseille une simple ponction si l'on suppose des adhérences, mais si la poitrine est amplement dilatée par un abondant épanchement, il ne faut pas hésiter à faire de larges incisions. Dans le cas où les adhérences ont peu d'étendue, on pourrait, par des ponctions successives, tenter d'obtenir l'expansion forcée du poumon ; mais, même alors, si l'état du malade ne change pas, il vaut mieux ouvrir largement le thorax, la présence de l'air dans les plèvres étant préférable à celle d'un liquide altéré et fétide. M. Sanson a souvent vu des hernies du poumon à la suite de plaies pénétrantes de poitrine, mais c'était quand ces plaies occupaient les parties déclives. Il ne sait si les expériences qui viennent d'être faites sur les animaux ont fourni la même observation.

M. Cruveilhier répond qu'en effet il a constaté cette hernie des poumons dans les circonstances qu'indique M. Sanson.

M. Amussat soutient qu'il n'est pas nécessaire que les plaies de poitrine occupent la partie déclive pour que des hernies du poumon

se forment; dans ses expériences sur les chiens et les chevaux, il a constaté qu'il suffisait pour cela que l'ouverture du thorax fût large. C'est dans l'expiration que le poumon fait saillie, entraîné par l'air qui tend à s'échapper de la poitrine. M. Amussat n'admet en aucun cas l'innocuité de l'air dans la cavité des plèvres; il considère sa présence comme extrêmement dangereuse. C'est un moyen dont il se sert pour achever les animaux qu'il soumet à ses recherches expérimentales, et il a remarqué que les animaux se couchent de préférence sur le côté qui a été ouvert; les parois thoraciques étant ainsi rapprochées du poumon, le vide est moindre dans la plèvre, et moins d'air y pénètre.

M. Cruveilhier rappelle ses dernières expériences, et ne pense pas qu'on puisse douter, après ce qu'il a dit, que toutes les précautions aient été prises par lui, pour que leurs résultats fussent aussi positifs que possible.

M. Bouillaud ne peut pas comprendre, quoi qu'on dise, qu'un animal puisse vivre avec la poitrine ouverte des deux côtés, si les incisions sont maintenues béantes. M. Bouillaud repousse ensuite le reproche que lui a fait M. Castel de n'avoir pas été fidèle dans le compte-rendu du Mémoire de M. Faure. Il n'a rien négligé pour être exact. A propos des attaques que M. Castel a encore dirigées contre la saignée coup sur coup, M. Bouillaud cite plusieurs cas qui prouvent que cette médication n'en poursuit pas moins ses succès, *suivant des lois aussi fixes, aussi constantes que celles qui régissent les corps physiques.*

M. Velpeau reprend une des assertions de M. Barthélemy, qui a dit que le sang épanché dans la plèvre se coagule, et que l'on ouvrira toujours inutilement le thorax pour l'en évacuer.

M. Velpeau reconnaît que d'abord ce n'est ni le premier ni le second jour, qu'il faut pratiquer la thoracenthèse; mais dix ou douze jours après, le sang a repris sa fluidité, et c'est alors qu'on peut opérer. D'un autre côté, le sang de l'homme est beaucoup moins prompt à se coaguler que celui des animaux. — Ce n'est qu'avec circonspection que l'on doit conclure, dans tous les cas, des animaux à l'homme. Ainsi la plèvre est difficilement enflammée chez les chiens. Pendant que M. Velpeau suivait l'hôpital de Tours, M. Bretonneau a fait des expériences dans le but d'étudier la sensibilité de cette membrane. Il a injecté dans la poitrine de plusieurs chiens du sang, de l'eau pure, puis de l'eau tenant du sel en dissolution, et les animaux sont toujours sortis sains et saufs de cette expérience. M. Velpeau doute qu'elle ait un semblable ré-

sultat chez l'homme. L'entrée de l'air est-elle la source des accidents de l'opération de l'empyème? Les plaies pénétrantes de la poitrine ne sont pas très-rares. Cependant quand il n'y a ni hémorrhagie, ni lésion des poumons, ces plaies n'ont rien de très-grave. Il en est de même des plaies pénétrantes de l'abdomen. Le pneumothorax, enfin, est, aux yeux de M. Velpeau, une preuve que le contact de l'air est mieux supporté par les tissus qu'on ne le pense généralement. Pour ce qui est de la nécessité de l'entrée de l'air dans la poitrine pour la sortie du liquide épanché, et de la comparaison qu'a faite M. Sanson entre ce qui arrive ici et ce qui se passe quand on vide un tonneau, M. Velpeau fera une simple remarque, c'est que, quand on plonge un trois-quarts dans une cavité contenant un liquide, celui-ci s'écoule *instantanément* par la canule. — L'idée qu'a eu M. Récamier d'injecter, après la thoracenthèse, un liquide frais et pur dans la poitrine, pour remplacer un liquide altéré, n'est pas nouvelle; M. Velpeau l'a trouvée dans une thèse soutenue il y a quinze ans environ à la Faculté de Paris. On y voit que M. Billerey, de Grenoble, ayant pratiqué l'empyème, injecta une décoction de quinquina, méthode qui lui réussit plusieurs fois. M. Velpeau, ne craignant pas l'entrée de l'air, fait une large incision au thorax et à la partie déclive. — M. Lisfranc partage l'opinion qui admet que le contact de l'air a une influence différente dans le cas où la plèvre est saine et dans celui où elle est malade; ce contact peut être sans inconvénient dans le premier, il est très-dangereux dans le second. Quand le poumon pourra revenir facilement sur lui-même, on devra opérer par ponctions successives; s'il ne le peut, il faudra ouvrir largement pour que le liquide altéré de l'épanchement ne puisse séjourner. — M. Lisfranc a ouvert fréquemment des dépôts par congestion; quand l'inflammation s'emparait du foyer, il l'a toujours conjurée par une application de sangsues dont il couvre les parois. Il pense que ce moyen devrait être tenté dans le cas d'empyème. — M. Castel persiste à dire que M. Faure a été sévèrement traité dans le rapport sur son mémoire. Il lit quelques extraits de ce mémoire, pour prouver que ce médecin n'avait négligé aucun moyen thérapeutique qui ait pu le dispenser de pratiquer l'empyème. — M. Bouillaud réitère ses protestations. — M. Double se proposait de résumer la discussion, mais elle s'est tellement chargée de questions étrangères au point de départ, qu'il y renonce. Un seul point fixe actuellement son attention, c'est celui qui a trait à la manière dont il convient d'évacuer l'épanchement pleurétique, point sur lequel M. Cruveilhier

avait d'abord appelé l'examen de l'Académie. Faut-il évacuer le liquide tout-à-coup, ou progressivement? M. Roux, dit M. Double, pense que nul de nous n'a une expérience suffisante pour trancher la question; mais ne faut-il donc pas, dans les sciences, tenir compte de ce qu'ont fait nos prédécesseurs. M. Double cite un passage d'Hippocrate où il est dit: « Ceux qui ont du pus ou de la sé- » rosité dans la cavité de la poitrine, périssent tout-à-coup si on » évacue le liquide tout-à-coup. » — Si Hippocrate s'est aussi formellement exprimé, il est à supposer que c'est d'après des observations assez multipliées. D'autre part, si l'on réfléchit que les anciens éloignaient le plus possible les opérations chirurgicales, il est bien à croire que les cas qu'a signalés Hippocrate doivent appartenir aux épanchemens chroniques. Le jugement d'Hippocrate, relativement à l'empyème, se trouve répété à l'école de Hall, en 1721. M. Double aime mieux asseoir ses opinions sur cinquante faits fournis par vingt-cinq observateurs que par un seul; il croit donc que: Lorsque l'empyème est aigu, il faut évacuer tout-à-coup la poitrine, mais que, si l'empyème est chronique, il ne faut évacuer que successivement. Telle était la pratique de Boyer. — M. Rochoux répète ce qu'il a dit dans une séance précédente. Il cite le fait rapporté par Galien, d'un homme affecté d'un épanchement dans la poitrine, et qui, cherchant la mort au milieu d'un combat, reçut une blessure qui livra issue complète au liquide pleurétique, et guérit.

Séance du 20 décembre. — LARYNGOTOMIE. — M. Sédillot présente le larynx d'un homme qui a subi l'opération de la laryngotomie, et a survécu trente six jours à l'opération. Ce larynx offre, outre plusieurs ulcérations de la muqueuse, une ossification avec nécrose des cartilages thyroïde et cricoïde. Il n'y avait point de tubercules dans les poumons.

Académie royale des Sciences.

Séance du 5 décembre. — OPÉRATION DE LA CATARACTE. — M. Roux lit un rapport sur un mémoire de M. Maunoir, de Genève, ayant pour titre: *Mémoire sur les causes de non-succès dans l'opération de la cataracte, et sur les moyens d'y remédier.*

La cataracte, c'est la cécité produite par l'opacité du cristallin ou de sa capsule. L'opération qu'elle comporte consiste, soit à faire sortir de l'œil, soit à déplacer, soit à broyer le cristallin

qui, par son opacité, intercepte le passage de la lumière au-delà de la pupille. Heureux les malades chez lesquels les deux yeux étant soumis ensemble ou successivement à l'opération, il y a réussite d'un côté. La vision peut encore être claire et distincte ; la force de la vue et la portée de ce sens n'exigent pas absolument le concours des deux organes que la nature y a affectés. Nous voyons bien avec un seul œil ; seulement le champ de la vision est moins étendu qu'avec les deux. Mais, sans qu'il advienne aucun de ces désordres physiques que l'inflammation fait naître si souvent, il se peut encore que la vision ne se retablisse pas après l'opération de la cataracte la plus heureuse. Que, par exemple, on y ait procédé par extraction, la plaie de la cornée se réunit, l'humeur aqueuse se reproduit, la pupille conserve sa forme naturelle, le corps vitré reste diaphane; en un mot, il n'existe aucun obstacle au passage de la lumière, l'œil distingue parfaitement la clarté d'avec les ténèbres, il reçoit même l'impression des couleurs; cependant la vision est abolie, l'image des choses extérieures ne se trace plus sur la rétine, il n'y a plus perception des objets. C'est probablement qu'alors le corps vitré n'est pas devenu convexe en avant, comme cela doit être pour qu'il puisse suppléer au cristallin qui n'est plus, et qu'alors aussi il y a divergence extrême, et non plus convergence des rayons lumineux. M. Maunoir ne paraît redouter que l'inflammation et ses effets immédiats consécutivement à l'opération de la cataracte. Il paraît croire aussi que cette inflammation dépend toujours de circonstances éventuelles.

M. Maunoir a adopté comme méthode générale l'opération de la cataracte par la méthode dite par extraction. M. Maunoir considère comme une circonstance qui peut causer de graves accidens, que le lambeau de la cornée comprenne et dépasse la moitié de la circonférence de cette membrane. Suivant lui, un tel lambeau doit bientôt tomber en gangrène, parce qu'il ne reçoit plus, par sa base trop étroite, assez d'élémens de vie. C'est ainsi qu'il explique le boursoufflement avec opacité de la cornée, toujours accompagné d'une inflammation violente, laquelle succède fréquemment à l'opération pratiquée avec le plus de bonheur en apparence, opinion dont le blâme M. le rapporteur, qui dit qu'on observe ce mode de transformation après l'abaissement comme après l'extraction ; et dans cette dernière, après des incisions trop petites, comme après des incisions plus grandes ; et la preuve enfin qu'il n'y a pas gangrène de la cornée, c'est que cette membrane ne s'exfolie pas. Il n'y a pas non plus autant de danger que le pense

M. Maunoir, à ce que la membrane hyaloïde étant rompue, il y ait issue d'une quantité même un peu considérable de l'humeur vitrée, ni, non plus, à ce que l'iris soit entamé plus ou moins profondément, quand il vient se présenter sous le tranchant du kératotome, au moment où l'on fait l'incision de la cornée, ou bien à l'instant où l'on se dispose à ouvrir la capsule du cristallin.

L'expérience apprend que souvent l'humeur vitrée se reproduit, et le plus souvent aussi une incision avec ou sans perte de substance, faite à l'iris, n'a d'autre résultat qu'une légere déformation de la pupille ; M. Roux pense même que, s'il était possible de prévoir et de maîtriser les événemens à venir, ce pourrait être un avantage, dans certains cas, de faire naître à dessein l'une des circonstances dont il s'agit. Mais après l'abaissement comme après l'extraction, il faut s'attendre à des revers dans les circonstances même les plus favorables. M. le rapporteur les énumère et exprime le regret que M. Maunoir n'ait pas joint à son mémoire un relevé statistique des faits, il eût ainsi légitimé la préférence qu'il accorde à l'extraction, comme méthode générale. C'est en effet, ajoute-t-il, une question encore vivement controversée, et qui partage les chirurgiens les plus habiles, que celle de la valeur relative de l'extraction et de l'abaissement pour l'opération de la cataracte. Il est vraisemblable cependant que la supériorité de l'extraction sur l'abaissement sera généralement reconnue. Le nombre des opérations de cataractes pratiquées par M. Roux, s'élève à près de 5,000. Voyons maintenant dans quel rapport ont été les succès et les revers par la méthode de l'extraction ou par celle de l'abaissement. Or, M. Roux déclare qu'il a trouvé, à diverses reprises, des résultats exactement semblables. Cependant il n'hésite point à préférer l'extraction. Il termine en disant que, nonobstant quelques lacunes, nonobstant quelques vues et quelques préceptes dont la valeur peut être contestée, le mémoire de M. Maunoir est riche de considérations utiles, et paraît digne de l'approbation de l'Académie. Les commissaires désirent qu'il en soit adressé des remerciemens à l'auteur, en invitant M. Maunoir de continuer à faire part de ses travaux à l'Académie.

Séance du 19. — STRUCTURE DE LA PEAU. — M. Flourens lit le résultat des recherches qu'il a faites sur le corps muqueux de la peau chez l'Américain, le nègre et le mulâtre. Suivant cet anatomiste, il existe entre le derme et l'épiderme, et sans compter le *corps papillaire*, qui sera l'objet d'un mémoire particulier, quatre couches distinctes : une première de nature celluleuse et disposée

par mailles ou en réseau, est placée sur le derme; une seconde, continue et ayant l'aspect des muqueuses ordinaires, porte le *pigmentum*; sa face interne est hérissée de prolongements qui traversent la couche celluleuse et vont se fixer au derme; le *pigmentum* lui-même, simple enduit, recouvert par une quatrième couche ou troisième membrane qui le sépare de l'épiderme, et dont elle forme la lame interne: de celle-ci partent des prolongements pareils à ceux de la membrane du *pigmentum*, et qui fixent l'épiderme de cette membrane. Toutes les lames qui constituent le corps muqueux des trois races colorées indiquées ci-dessus, sont isolées par la macération. On connaît les divers effets connus des vésicatoires et des blessures sur la peau des races colorées, le vésicatoire n'enlevant que les deux épidermes, le *pigmentum* subsiste, ce *pigmentum* enlevé, il se reproduit si la membrane qui le sécrète n'est pas altérée; enfin cette membrane étant enlevée, le *pigmentum* ne peut plus se reproduire, et la cicatrice qui succède à la blessure est blanche. — En traitant par le même procédé, la macération, la peau de l'homme de race blanche, M. Flourens a constaté que l'épiderme du blanc est double, comme celui des races colorées, et a les mêmes prolongements internes qui servent également à se fixer au derme et à former la gaîne des poils. Mais ces deux épidermes sont, dit l'auteur, tout ce que j'ai pu voir. Soit que l'appareil muqueux proprement dit des races colorées manque à la race blanche, soit que, dans la race blanche, la macération doive être différemment conduite, je n'ai pu parvenir encore à découvrir entre le derme et l'épiderme extérieur du blanc, d'autre lame ou membrane que la lame de l'épiderme interne dont il a été question. — Dans un autre mémoire, M. Flourens examinera les autres élémens constitutifs de la peau.

CHENILLES QUI ONT VÉCU DANS L'INTESTIN HUMAIN. — M. Duméril fait, en son nom et en celui de M. de Blainville, un rapport sur un mémoire de M. Robineau Desvoidy, relatif à un fait de ce genre. Une femme de 57 ans était affectée d'une hydropisie du bas-ventre. Un jour qu'on lui avait administré six gouttes d'huile de croton tiglium, on reconnut, dans les matières rejetées par le vomissement, d'abord quatre chenilles vivantes, et ensuite dix autres semblables. Quatre de ces chenilles ont été envoyées par M. Desvoidy à l'Académie. — Ce naturaliste a parfaitement reconnu l'identité de ces chenilles avec celles qui proviennent d'une espèce de phalène désignée par Linnée sous le nom de *Pyralis pinguinalis* (*Aglossa*, de Latreille). Il suppose que des œufs d'aglosse

auront été déposés dans des matières graisseuses alimentaires, et introduites avec elles dans la cavité digestive; que là ils ont donné naissance à des larves qui se sont nourries et ont subi dans l'intérieur de ces organes plusieurs mues. D'après les détails donnés par l'auteur du mémoire, il n'est guères permis de douter que les chenilles en question, si elles ne sont pas nées dans l'intérieur des intestins, n'y aient séjourné quelque temps et n'en soient sorties vivantes. — Les commissaires donnent ensuite quelques détails sur des faits relatifs aux mêmes insectes contenus dans divers ouvrages d'entomologie (Mém. de Rolander, dans les *Actes de Stocholm pour* 1751. — Linnée, dans sa *Faune de Suède*. — Gmelin, dans l'édit. du *Systema naturæ*. — Degeer, dans ses Mémoires. — Duponchel, dans son ouvrage *sur les Lépidoptères de France*). — En dernière analyse, disent les commissaires, nous pensons que les chenilles de l'*aglossa pinguinalis* peuvent être introduites en dehors avec les aliments gras dans la cavité de l'estomac de l'homme, qu'elles ont la faculté d'y rester vivantes pendant un certain temps, mais que c'est un cas tout-à-fait fortuit, et que rien ne prouve que ces insectes soient de véritables animaux parasites.

Séance du 26. — Température des tissus et des liquides animaux. — M. Becquerel lit le résultat de recherches sur ce sujet, qui lui sont communes avec M. Breschet.

La production de la chaleur propre aux animaux, et sa conservation à un même degré, quelle que soit la température du milieu dans lesquels ils sont plongés, est un de ces phénomènes qui ont toujours attiré l'attention et souvent provoqué les expériences des physiologistes. MM. Breschet et Becquerel ont pensé que l'usage d'appareils plus délicats que ceux qu'avaient employés leurs prédécesseurs, leur permettrait d'arriver plus loin. Le travail qu'ils présentent aujourd'hui n'est relatif qu'à quelques parties de la question; les autres seront successivement exposées. Dans une précédente communication, ils avaient exposé les résultats obtenus relativement à la température des tissus animaux. Aujourd'hui ils font connaître ceux qu'ils ont obtenus dans des expériences sur la température du sang.

D'après la manière dont avaient été faites les premières expériences des deux académiciens, il fallait que les suivantes fussent répétées dans les vallées et sur les plus hautes montagnes, afin de voir si les résultats ne variaient pas suivant la densité de l'air. Ils ont fait en conséquence des expériences comparatives à Martigny, en Valais, dans la vallée du Rhône, et à l'hospice du Grand-

Saint-Bernard. Des essais préliminaires leur avaient montré que la sensibilité du multiplicateur thermo-électrique dont ils faisaient usage, était telle, qu'un degré de déviation de l'aiguille aimantée correspondait à 0,11 de température centigrade; les indications données par cet instrument leur ont montré qu'il n'existe aucune différence sensible entre la température des muscles de l'homme et ceux du chien, soit qu'on l'observe dans la vallée du Rhône, soit qu'on l'observe au Grand-Saint-Bernard, et que le séjour d'un homme pendant quelques années dans les hautes régions des Alpes, n'a pas modifié d'une manière appréciable aux appareils employés la température de ses muscles.

Jusqu'ici on a fait peu d'expériences pour reconnaître la différence qui existe entre la température du sang artériel et celle du sang veineux; les plus connues sont celles de John Davy. Les deux auteurs rappellent le procédé qu'employait l'expérimentateur anglais, et font ensuite connaître celui auquel ils ont eu recours. Davy avait trouvé pour moyenne de la différence entre les deux sangs dans des expériences faites sur les ruminans, 0 degré 78 centièmes. MM. Becquerel et Breschet, dont le mode d'expérimentation a l'avantage de ne point désorganiser les vaisseaux, ont trouvé chez le chien la moyenne de cette différence égale à 1 degré 1 centième.

Les mêmes observateurs ont essayé de déterminer les variations de température qui ont eu lieu dans un même système vasculaire, artériel ou veineux, à mesure qu'on s'éloigne du cœur; les résultats obtenus présentent une très-faible différence en faveur des parties les plus rapprochées du cœur. Ces expériences ont été faites sur des chiens; les auteurs se proposent de les répéter sur de plus grands animaux.

VARIÉTÉS.

Réclamation de M. François, *relativement à un point de l'histoire de la gangrène spontanée.*

Nous avons reçu de M. François, auteur de l'*Essai sur les gangrènes spontanées*, une réclamation en réponse au mémoire de M. Godin, inséré dans le N.° de septembre. Ne pouvant ouvrir nos colonnes à une polémique toujours ennuyeuse et inutile

pour le lecteur, nous nous contenterons d'exposer les faits suivans : M. François se défend d'avoir dit qu'un des symptômes précurseurs de la gangrène par artérite, était l'œdème, et il réclame la priorité pour l'établissement des caractères différentiels entre la gangrène par phlébite et celle par artérite. Personne plus que M. Godin n'apprécie le mérite du travail de M. François. Il n'a point voulu lui enlever la découverte que celui-ci réclame. Le titre de son mémoire indique assez du reste qu'il n'a point prétendu apporter d'idées nouvelles. M. Godin a seulement voulu, en publiant des faits nouveaux ou inconnus à M. François, mettre en relief des différences qui lui avaient paru peu saillantes dans l'ouvrage de ce médecin.

Quoi qu'il en soit, il nous a semblé que M. François, tout en répondant à M. Godin par une réclamation, n'est cependant pas d'accord avec lui-même, puisqu'il la termine en disant que, sauf chez les sujets avancés en âge, il n'y a pas momification par suite de l'artérite gangréneuse; mais que dans la plupart des autres conditions de l'oblitération des vaisseaux du système à sang rouge, le membre conserve son volume, et que souvent même il est le siège d'un empâtement plus ou moins prononcé, etc., etc. Or, c'est là justement la proposition contestée par M. Godin, qui cherche à établir la proposition contraire comme règle générale.

Prix de la Société de Médecine de Paris.

La Société de Médecine de Paris avait mis au concours, en 1835, cette question : *Déterminer quelles sont, dans les affections dites* typhoïdes, *les altérations primitives et celles qui ne sont que secondaires.*

La Société, après avoir entendu le rapport de sa commission des prix, a décidé que la somme de 700 fr., quotité du prix qu'elle avait proposé, serait répartie de la manière suivante, savoir: Une médaille d'or de 500 fr. sera remise à M. le docteur Montault, chef de clinique à l'hôpital de la Charité; et une médaille de 200 fr. à M. le docteur Léonardon, demeurant à Montpont (Dordogne).

La Société met au concours la question qui suit : *Quelle est, d'après les faits, la puissance de la médecine sur le développement et la marche des fièvres éruptives, et spécialement de la scarlatine ?*

Le prix sera une médaille de la valeur de 500 fr.

Les mémoires devront être adressés, avant le 1.er janvier 1838,

à M. le docteur Prus, secrétaire-général, à la Salpétrière, ou rue de l'Abbaye, N.° 12, faubourg Saint-Germain.

Nota. La Société n'entend, par cette question, ni mettre en doute la réalité de la médecine dans les fièvres éruptives, ni imposer aux concurrens une monographie de ces sortes de maladies. Elle demande seulement, une éruption étant donnée, jusqu'à quel point il est possible au médecin d'en prévenir, arrêter ou hâter le développement, jusqu'à quel point il lui est possible d'en modifier la marche. La scarlatine a été choisie, entre les autres exanthêmes, pour que les concurrens appliquent à une affection particulière les principes qu'ils auront dû tirer des fièvres éruptives en général.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris ; par M. le professeur A. F. Chomel ; *recueillies et publiées par* A. P. Requin, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc. Tome II*, Rhumatisme *et* Goutte. Paris, 1837.

Le livre que je suis chargé de faire connaître, ne peut manquer d'être un objet d'intérêt et de curiosité, car on y traite des sujets qui ont donné lieu aux discussions les plus vives et les plus récentes, et il se présente avec l'imposante garantie de deux noms, dont l'un est arrivé au faîte de la célébrité médicale, tandis que l'autre, bien que nouveau, a déjà pris un rang élevé parmi les médecins les plus distingués de notre époque. Tout cet ouvrage roule d'ailleurs sur des affections qui s'offrent journellement dans la pratique, et sur lesquelles on ne saurait avoir trop de données positives.

Les auteurs ont commencé par établir ce qu'ils comprennent sous la dénomination de *rhumatismes*. Dans leur manière de voir, les rhumatismes constituent une classe naturelle de maladies, qui seraient suffisamment distinguées d'avec les autres groupes nosologiques par les trois caractères suivans : 1.° *siége dans les organes fibreux*, tels que muscles, tendons, aponévroses, ligamens, etc. ; 2.° *mobilité*, extrême facilité à se déplacer, à se transporter d'un point de l'économie à un autre ; 3.° *intermittence*, c'est-à-dire, alternatives plus ou moins fréquentes et plus ou moins soudaines de disparition et de réapparition. A cette définition générale, ils ajoutent encore un quatrième caractère, savoir : *la diversité des*

formes. Tantôt, en effet, le rhumatisme apparaît sous une forme franchement inflammatoire, et tantôt la région rhumatisée n'offre ni gonflement, ni excès de chaleur, etc. Ainsi définies, les affections rhumatismales se divisent en trois ordres, d'après la considération du siège ; premier ordre, rhumatismes des muscles volontaires, ou *rhumatismes musculaires* proprement dits ; 2.e ordre, *rhumatismes articulaires*; 3.e ordre, rhumatismes des organes fibreux situés à l'intérieur des cavités splanchniques, ou *rhumatismes viscéraux*. C'est dans cette triple division que je vais essayer de suivre les auteurs, autant que l'espace qui m'est accordé me le permettra.

Rhumatisme musculaire. — Après avoir traité avec soin du siège, de l'étiologie, des symptômes, de la mobilité, et des complications du rhumatisme musculaire en général, les auteurs arrivent à la question de sa terminaison. Là, commence une discussion capitale sur une opinion qui a été admise par plusieurs pathologistes ; et qui consiste à considérer le rhumatisme musculaire comme susceptible de se terminer par la suppuration. De l'issue d'une telle discussion, doit dépendre évidemment le jugement qu'on portera sur la nature même de l'affection rhumatismale. Aussi, les observations et les preuves sont-elles rassemblées ici avec une attention qui décèle le désir de convaincre. Cette controverse, chacun l'avouera, est palpitante d'intérêt, et tient, par des rapports étroits, aux plus graves questions de la pathologie générale. MM. Chomel et Requin ont démontré que dans la plupart des cas où l'on a prétendu qu'un rhumatisme musculaire avait été terminé par suppuration, il y avait eu erreur manifeste de diagnostic.

Après ces considérations générales, les auteurs passent successivement en revue, le rhumatisme musculaire des diverses régions de la tête, celui du cou, des parois thoraciques, des parois abdominales, de la région lombaire et des membres, en appuyant presque toutes leurs assertions sur des faits exposés avec détails. Parmi les diverses espèces de rhumatismes musculaires qui viennent d'être énumérées, il en est une qui a fourni à MM. Chomel et Requin l'occasion d'émettre quelques idées nouvelles ; je veux parler du rhumatisme des parois de l'abdomen, que M. Requin propose, avec raison, de désigner sous le nom de *pré-abdominal*. Le chapitre consacré à ce sujet est une intéressante monographie de cette affection, qui n'avait point été étudiée, avant que M. Chomel s'en occupât. Ce rhumatisme, lorsqu'il est peu intense, passe le plus souvent inaperçu ; et lorsqu'au contraire il se développe avec

quelque violence, il peut aisément être pris pour une gastrite ou une entérite, et surtout pour une péritonite. Je pense qu'on ne saurait contester la justesse des idées de M. Chomel sur ce point. Je ferai toutefois mes réserves, relativement aux faits empruntés au docteur Gooch, de Londres, et qui ont été signalés par ce médecin comme des cas *d'affection nerveuse du péritoine*. Je ne nie pas la possibilité du rhumatisme pré-abdominal chez les femmes en couches, mais je crois que dans les cas cités plus haut, les vives douleurs dont l'abdomen était le siège peuvent et doivent avoir une toute autre interprétation. Avant de quitter la section où MM. Chomel et Requin ont traité du rhumatisme musculaire, je crois devoir signaler à l'attention des praticiens le chapitre du rhumatisme musculaire des membres, où les auteurs ont tracé, avec un soin particulier, le diagnostic différentiel et le traitement. Parmi les liniments sédatifs ou excitants qu'on peut employer dans le traitement du rhumatisme, il en est un certain nombre qui paraissent plus efficaces que les autres; M. Requin en a donné les formules.

Rhumatismes articulaires. — Cette section remplit, à elle seule, plus de la moitié du volume, elle en est certainement la partie la plus importante, par la nature des questions qui y sont soulevées et résolues. Passant à regret sous silence le long et intéressant chapitre des causes du rhumatisme articulaire, je me hâte d'arriver à celui qui renferme la description complète de la maladie, et dont je ne puis d'ailleurs analyser qu'une petite portion : une particularité très-remarquable de l'affection rhumatismale aiguë, c'est qu'il n'y a pas, dans tout le cours de la fièvre rhumatismale, proportion exacte entre l'appareil fébrile et les symptômes articulaires. Quelquefois même le malade cesse de souffrir aux articulations et peut les remuer librement; mais il continue d'avoir beaucoup de fièvre. En ce cas, si l'examen des différens viscères n'explique pas cette fièvre par le brusque développement de quelque phlegmasie interne, nul doute que la réapparition des douleurs articulaires ne soit infaillible et prochaine. C'est M. Chomel qui le premier a signalé ce fait. D'après un autre professeur, la fièvre, en pareil cas, ne pourrait s'expliquer que par la phlegmasie du péricarde ou de la membrane interne du cœur. Delà, une discussion très-animée, dans laquelle M. Requin s'est attaché à établir que, bien avant M. Bouillaud, M. Chomel avait observé, écrit et professé que la péricardite survient quelquefois d'une manière latente dans le cours d'un rhumatisme articulaire; que l'en-

docardite n'apparaît dans le rhumatisme articulaire aigu, que comme exception et non pas comme règle, et que, par conséquent, c'est une supposition dénuée de preuves suffisantes, dans l'état actuel de la science, que d'invoquer un fait aussi incertain et aussi exceptionnel que l'endocardite, pour expliquer un fait certain et qui n'est pas très-rare, savoir : la persistance de la fièvre pendant la suspension éphémère des douleurs articulaires, et en l'absence des signes positifs et réels de quelques phlegmasies internes.

Mais là ne se borne point la discussion qui a dû s'élever entre les auteurs et le professeur de la Charité ; elle se poursuit et devient digne d'intérêt dans le chapitre sur la coïncidence des phlegmasies sereuses avec le rhumatisme articulaire aigu ; dans celui où il est question de la terminaison du rhumatisme articulaire, et surtout à l'occasion de l'emploi des émissions sanguines dans le traitement de cette maladie. M. Requin a su conduire cette discussion avec un véritable talent ; je mentionnerai avec plaisir son érudition, la vivacité et surtout la convenance de son style. Je dois dire que dans le chapitre du traitement, on trouvera l'opinion de M. Chomel sur presque tous les moyens thérapeutiques qui ont été vantés pour la cure du rhumatisme articulaire aigu.

Rhumatismes viscéraux. — Cette section comprend l'histoire du rhumatisme du diaphragme, du cœur, des conduits aériens, du canal digestif, de la vessie, et celle de divers rhumatismes anomaux qui, suivant M. Chomel, auraient leur siège dans certains organes fibreux non-articulaires, tels que : le périoste, les dents, la dure-mère et la sclérotique. Cette question est terminée par la question suivante : Doit-on admettre un rhumatisme des nerfs? Les auteurs ne répondent point d'une manière affirmative, mais ils ont soin de faire remarquer qu'il y a de frappans rapports de ressemblance entre certaines névralgies des membres et les rhumatismes.

Après avoir ainsi décrit le rhumatisme dans tous les points de l'économie où il peut avoir son siège, MM. Chomel et Requin s'occupent de décider quelle est la nature de cette affection. Avant d'aborder cette question, M. Chomel commence par établir qu'il y a identité parfaite entre le rhumatisme articulaire et la goutte. Cette opinion, qui est loin d'être admise par tous les pathologistes, revêt un haut degré de vraisemblance, lorsqu'elle est appuyée de l'expérience et du talent d'observation de M. Chomel. Il est permis toutefois, avant de se prononcer, d'attendre que de nou-

velles discussions se soient élevées sur ce sujet. Relativement à la nature du rhumatisme, les auteurs établissent un parallèle entre cette affection et les inflammations franches, et ils arrivent à cette conclusion : que le rhumatisme ne doit pas être rangé parmi les phlegmasies proprement dites, et que lorsqu'il se présente sous la forme inflammatoire, l'inflammation n'est point idiopathique, mais symptomatique, et qu'elle a une nature spécifique. Il faut donc, disent-ils, regarder les rhumatismes comme des maladies *sui generis*, et en faire une classe à part en nosologie.

Quel que soit le parti qu'on adopte, relativement aux questions fondamentales qui sont agitées dans ce livre, on ne pourra point s'empêcher de considérer celui-ci comme une production d'une haute importance, soit pour le fond des idées, soit pour les détails descriptifs et les données pratiques, soit enfin pour la rédaction. La thèse *sur le rhumatisme*, soutenue en 1813 par M. Chomel, a été imprimée en totalité à la fin du volume. Cette thèse est trop connue pour que j'aie besoin d'en rien dire. G. B.

Compendium de médecine-pratique, ou Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux Traités de pathologie interne; *par* Louis DE LA BERGE *et* Edouard MONNERET, *docteurs en médecine.* Paris, 1836. Chez Béchet jeune. Livraisons I et II.

Dans cet ouvrage, disposé par ordre alphabétique, les auteurs se sont proposé de rassembler toutes les notions essentielles à connaître, qui se rapportent à l'histoire des maladies internes et à leur traitement. Cette tâche difficile, pour être remplie avec honneur, demande dans les auteurs un esprit d'impartialité peu commun, et des connaissances pratiques toutes spéciales. La lecture des deux premières livraisons qui ont paru, fera juger que MM. de la Berge et Monneret ne sont pas restés inférieurs à cette tâche. Parmi les articles que renferment ces deux livraisons, il en est un grand nombre qui méritent une mention particulière. L'article *Acéphalocyste* résume parfaitement l'état actuel de la science sur tout ce qui concerne les vers vésiculaires. C'est une analyse complète et consciencieuse du beau travail de Laennec, enrichie des faits nombreux recueillis par M. Cruveilhier dans ses recherches importantes d'anatomie pathologique. L'*Acné* semble également avoir été étudiée avec soin. Les auteurs ont confondu dans la même description l'acné, la couperose et le sycosis. Ils ont présenté, sur le traitement de cette affection grave du tissu cutané, des considérations utiles ;

car il convient, en général, d'insister particulièrement sur le traitement des maladies qu'il est difficile de guérir. Aussi le traitement de l'*Aménorrhée* est-il exposé avec beaucoup de détails; sous ce nom, les auteurs ont fait l'histoire de cet état, caractérisé non-seulement par l'absence et la suppression complète des règles, mais encore par la diminution, le retard et la difficulté de cet écoulement. Nous signalerons également l'article *Anaphrodisie*; les auteurs ont traité ce sujet avec plus de développement qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent.

L'*Anasarque* commandait une analyse détaillée. MM. de la Berge et Monneret ont envisagé son histoire sous les points de vue qui suivent: 1.° l'anasarque idiopathique; 2.° l'anasarque symptomatique, *a.* d'une modification dans le tissu de la peau; *b.* d'une altération pathologique du parenchyme du rein; *c.* d'un obstacle à la circulation veineuse; *d.* d'une interruption incomplète ou absolue dans la distribution de l'influx nerveux; *e.* d'une altération du sang. Les auteurs ont réuni sur ce sujet tous les faits que nous devons aux travaux les plus modernes. L'*Anémie* est un état qui joue, dans la pathologie moderne, un rôle d'une grande importance. On sait quelle part on lui accorde aujourd'hui dans la production d'un grand nombre de phénomènes morbides. Le *Compendium* renferme un exposé complet des opinions les plus accréditées sur cette question.

Les auteurs ne se bornent point à faire une simple compilation; souvent ils font preuve d'indépendance dans la manière de comprendre les faits. Ils ont consacré à l'*Angine gangréneuse* un article étendu, dans lequel ils ont eu surtout pour but de démontrer l'existence de cette maladie, que plusieurs pathologistes ont révoqué en doute. Cet article contient plus de critique que les autres articles de la première livraison. En traitant à fond cette question difficile, les auteurs ont donné des preuves de leur érudition éclairée, en même temps que de leur excellent jugement. La 1.re livraison contient encore un article fort étendu et assez complet sur l'*Angine de poitrine*.

Un des premiers et des meilleurs articles de la 2.e livraison est celui qui est consacré aux *Maladies de l'aorte*. Les auteurs ont indiqué et mis à contribution tout ce qu'on a écrit de plus remarquable sur les *anévrysmes* de ce vaisseau; ils ont eu soin de consacrer un paragraphe à l'énumération des erreurs possibles dans le diagnostic, et à l'exposé des procédés au moyen desquels on peut prévenir ces erreurs. L'*Aortite* et toutes les productions morbides qui en sont considérées comme la conséquence, ont été décrites avec soin. Pour

compléter ce sujet, les auteurs ont tracé l'histoire si incertaine des affections *nerveuses de l'aorte*. L'article *Aphonie* m'a paru présenté sous un aspect nouveau, en ce sens, qu'il comprend des faits qui, jusqu'à ce jour, n'ont point fixé notablement l'attention des médecins. Les auteurs ont recherché avec soin tous les états pathologiques qui coïncident avec ce symptôme, et ils en ont indiqué les causes évidentes ou présumées, ainsi que le pronostic et le traitement. Au mot *Aphthe*, les auteurs ont donné une description de l'*aphthe érythémateux*, de l'*aphthe avec altération de secrétion*, de l'*aphthe vésiculeux*, et de l'*aphthe ulcéreux*. Ils ont compris, comme on voit, le mot *aphthe* dans son sens le plus étendu.

L'article *Apoplexie* équivaut, à lui seul, à une monographie complète sur cette maladie importante. On y trouve analysées et discutées les opinions diverses qui ont été émises sur les causes et sur la nature de l'apoplexie cérébrale. J'approuve hautement et partage l'opinion des auteurs sur la valeur du mot apoplexie, dont le sens a été restreint dernièrement d'une manière si peu rationnelle. Dans leur histoire de la *Congestion cérébrale*, ils n'ont point oublié la *Congestion atonique* du docteur Wade (*Arch. gén.*, t. VII, juin 1835). Le chapitre de l'*Apoplexie par hémorrhagie* est très-remarquable. Il contient plusieurs discussions importantes, notamment sur le mécanisme de la production de l'hémorrhagie. L'*Etiologie* est exposée avec érudition et jugement. Le traitement nous a paru surtout longuement et sainement discuté. La 2e livraison est terminée par le commencement de l'histoire de l'*Artérite*, sujet important sur lequel nous reviendrons dans un prochain article. Lorsque l'ouvrage, qui marche avec activité, sera plus avancé, nous pourrons mieux en juger le caractère.

Quelques personnes semblent professer une opinion qui a été formulée en ces termes : « Un faiseur de résumés est un homme qui passe sa vie à raccourcir les idées d'autrui. » Cette phrase n'est que trop exacte, si elle fait allusion seulement à ces manuels écourtés, qui sont aussi faciles à faire que dangereux pour les lecteurs qui s'y confient ; mais, appliquée d'une manière générale, elle est fausse et injuste. Il est impossible de faire actuellement une chose plus difficile et plus utile qu'un bon et consciencieux résumé. Cette tâche est plus modeste qu'un traité didactique ; mais, dans l'état actuel de la science, elle offre moins d'écueils, et annonce, dans les médecins qui l'ont entreprise, beaucoup de jugement et beaucoup de lumières.

Mémoire sur la peste qui a régné épidémiquement à Constantinople en 1834, et sur sa non-contagion, suivi de quelques réflexions sur les quarantaines et les lazarets; par F. Choiet, *D. M. P.* Paris, 1836. In-8.° 124 pp.

Ainsi que le titre de cette brochure l'indique, l'auteur, qui a pu observer la peste dans le pays même où elle exerce ses ravages, tranche positivement la question de la contagion de cette maladie par la négative. Cette opinion est appuyée non-seulement sur les observations qu'il a faites sur les lieux, mais encore sur un grand nombre de citations extraites des auteurs les plus recommandables et les plus compétents. Cette réunion de faits et d'autorités, rend la lecture de ce petit ouvrage intéressante. L'auteur donne une description extrêmement succincte de la peste; il n'a pu faire aucune autopsie cadavérique, et les détails nécroscopiques qu'il a consignés dans son opuscule sont empruntés à d'autres auteurs. Il nous apprend que l'épidémie pestilentielle de 1834 a principalement sévi en Turquie sur les adultes, les hommes d'une forte constitution, et sur d'autres qui, par suite d'excés en tous genres, se trouvaient dans des conditions défavorables. Les vieillards et les enfants ont en général été épargnés. Les femmes ont été affectées dans une proportion moindre de près d'un tiers, avantage que l'auteur croit devoir attribuer au genre de vie qu'elles mènent, et au yachmack, espèce de voile qui recouvre chez elles les voies respiratoires en même temps que la majeure partie de leur visage. Il est difficile, du moins à notre avis, de se rendre compte de la manière dont ce voile pourrait préserver de la peste. Sous le titre de *Réflexions sur les lazarets, la désinfection, les quarantaines et leur durée*, l'auteur reproduit une partie des réclamations qui ont été élevées par un grand nombre de voix, et surtout par celle de M. Chervin, contre l'institution des lazarets.

Mémoire sur l'encéphalite aiguë et chronique; par Mansuy Alphonse Rampont. Paris, 1836, pp. 58, in-8.°

Après des considérations générales; où l'auteur établit qu'il existe deux formes de l'encéphalite, l'une générale et superficielle, l'autre partielle; que les productions morbides du cerveau sont des effets de l'encéphalite; que la folie doit être considérée comme une encéphalite chronique; qu'il n'y a pas d'inflammation des membranes sans inflammation superficielle du cerveau, et que l'inflammation des membranes ne peut pas avoir de symptômes

autres que les troubles fonctionnels de la pulpe nerveuse, il passe en revue successivement les causes, les symptômes et les altérations pathologiques et le traitement de l'encéphalite. Le traitement se réduit à ceci : 1.° saignées générales; saignées locales, toujours le plus près du point enflammé ; 2.° révulsifs au déclin de la maladie.

A Memoir of JAMES JACKSON *junior, M. D. with extracts from his letters to his father, and medical cases collected by him. By* James JACKSON, *M. D. professor, etc.* Boston, 1835 ; in-8.°, 444 pp.

J. Jackson jeune était un jeune médecin, plein de talent et de zèle pour l'étude, qui fut emporté par une mort prématurée, au moment où il se disposait à jouir du fruit de ses longs et consciencieux travaux. L'ouvrage dont le titre précède est un monument élevé à sa mémoire par son père. La première partie, *A memoir of James Jackson junior,* est toute de ce dernier, honorable professeur de *médecine théorique et pratique* (*Harvard university*). C'est une notice sur la vie de l'infortuné jeune homme, sur ses laborieuses occupations, et sur les bons sentiments qui l'animaient. Ce récit, sans prétention, mais plein de dignité et d'une douce mélancolie, ne peut être lu avec indifférence. Je puis en recommander vivement la lecture, parce qu'elle est attachante; mais, dans un recueil entièrement consacré, comme celui-ci, à la science sévère, je dois me borner à cette recommandation.

La seconde partie, *Extracts from his letters to his father,* est un extrait des lettres que J. Jackson écrivait à son père, tandis qu'il se livrait à l'étude de la médecine en Europe. Il suivait avec beaucoup d'assiduité les visites de M. Andral, et principalement de M. Louis, à la Pitié. Tout ce qu'il voyait d'intéressant dans les salles de ces deux médecins, tout ce qu'il entendait sortir de la bouche de ces deux grands maîtres, il le notait avec soin et en faisait part à son père. On trouve donc, dans les extraits de ses lettres, l'opinion de MM. Andral et Louis sur une foule de sujets importants, surtout sur des points qui sont liés au diagnostic des maladies, plusieurs observations, rapportées brièvement, il est vrai, mais présentées sous un point de vue utile, et enfin les réflexions qui lui étaient suggérées par tout ce qui se passait sous ses yeux réellement observateurs. On y voit que l'auscultation et la percussion étaient devenues pour lui un sujet favori d'étude, sujet d'autant plus attrayant qu'il était guidé dans ses recherches par MM. Andral et Louis, et

qu'à côté des difficultés nombreuses que présente cette étude à celui qui y débute, il trouvait les féconds résultats que ce mode d'exploration fournit à l'observateur dont le jugement est sain et dont les sens sont suffisamment exercés. Le récit naïf de ses efforts répétés, de ses erreurs, de ses progrès, et, enfin, ses réflexions ingénieuses, ne peuvent manquer d'intéresser et même d'instruire. Parmi les sujets qu'il a traités avec le plus de complaisance, se trouvent les maladies des poumons, et entre autres, la phthisie, l'empyème, etc. Il a parlé peu des affections du cœur, mais un peu plus des maladies de l'encéphale. Puis est arrivée l'épidémie de choléra, qui fait le sujet de quelques lettres bien écrites. Quelque temps après, J. Jackson partit pour l'Angleterre; il visita successivement Edimbourg, Dublin et Londres; ces trois villes sont l'objet de plusieurs renseignements dignes d'intérêt.

On jugerait imparfaitement J. Jackson, si j'omettais de dire que, loin de se borner à l'étude attentive d'un certain nombre de maladies, il s'est élevé, dans ses lettres, à des considérations générales, qui font beaucoup d'honneur à son intelligence, et qui sont un reflet des enseignements qu'il suivait. Je me bornerai à indiquer son appréciation de l'*anatomie pathologique*, ses réflexions amères sur la *thérapeutique*, etc.; mais je voudrais pouvoir transcrire, dans son entier, une lettre écrite de Paris, le 24 novembre 1832 Je vais en donner un extrait. Frappé de l'inefficacité de la plupart de nos moyens curatifs, du nombre considérable des maladies que nous sommes forcés de considérer comme incurables, et de l'ignorance où nous sommes des circonstances d'où dépend l'établissement de ces maladies, J. Jackson s'exprime ainsi: « Voulez-vous savoir à quels résultats m'ont entraîné ces réflexions? J'ai été conduit à penser que le médecin ne peut pas employer sa vie plus utilement qu'à recueillir des faits qui puissent mettre en lumière les causes, tant internes qu'externes, qui ont pour effets les maladies organiques, comme les tubercules et autres. Comment une telle œuvre peut-elle être accomplie, et quels en seraient les résultats? Un mot sur chacune de ces questions. Cette œuvre ne peut être bien exécutée que d'une seule manière; il faut rassembler avec un soin minutieux l'histoire de toute la vie d'un grand nombre de sujets, à partir du jour de leur naissance jusqu'au moment de leur mort; noter le poids, la grandeur, les conditions de parenté, le développement, les soins accordés à l'enfance, la durée de l'allaitement, le mode d'éducation physique pour ce qui regarde le régime et les mouvements du corps, l'exposé des maladies dans tous leurs détails, l'idio-

syncrasie et toutes ses particularités, et une foule de choses qui sont propres à chaque individu, et qui exercent une influence sur son existence physique. Cette œuvre ne peut être celle d'un seul homme ; elle ne peut être accomplie que par une association de médecins, tous pénétrés de son importance, tous convaincus que c'est le seul moyen d'atteindre la vérité. Réfléchissez un moment sur les bienfaits d'une telle association. Supposez que nous soyons, à Boston et dans ses environs, dix médecins agissant de concert, dans cet esprit, et que nos observations attentives se prolongent pendant 10 ou 20 ans. Nous commençons nos recherches sur les enfants que nous voyons naître ; chacun de nous met en écrit toutes ses remarques ; toutes les histoires, ainsi tracées, sont enregistrées dans un livre qui est la propriété de l'association ; chaque mois, nous nous réunissons pour ajouter à la masse commune les matériaux recueillis pendant le mois qui vient de s'écouler, etc., etc. » J. Jackson développe ensuite avec beaucoup de justesse les bons résultats qu'on verrait indubitablement découler de cette source féconde.

La troisième partie de l'ouvrage contient les observations recueillies par J. Jackson, *Medical cases*. Les observations I et II sont intitulées *Affection organique de l'estomac* ; on y voit une altération grave de l'estomac suivre son cours pendant longtemps sans développer des symptômes proportionnés à l'intensité du mal local. Les obs. III et IV offrent, chez des phthisiques, le tintement métallique coïncidant avec la présence de larges vomiques. Les obs. V, VI et VII sont encore des exemples de phthisie ; dans la V[e], il y avait, en outre, pneumo-thorax ; dans la VI[e], péritonite chronique et pneumo-thorax, et, dans la VII[e], une circonstance intéressante, c'est la mort subite de la malade par suffocation. La VIII[e] obs. est un autre exemple de mort subite, mais chez un sujet atteint de fièvre typhoïde. On trouva, à l'autopsie cadavérique, les deux plèvres et le péricarde remplis par une grande quantité d'un liquide séreux coloré en rouge ; le ventricule droit vide, flasque, affaissé, etc. L'obs. IX renferme un exemple de rupture de la vésicule biliaire, et l'obs. X, celui d'une rétention d'urine chez un enfant.

Les observations XI, XII, XIII et XIV sont des cas de fièvre typhoïde ; elles sont rédigées avec le plus grand soin. Les deux premières ont été recueillies dans les salles de M. Louis ; les deux suivantes l'ont été à Boston. Ce rapprochement n'a point été fait sans intention. L'éditeur de ces observations a voulu faire voir que la fièvre continue qui règne ordinairement en automne dans cette contrée éloignée, est la même que celle qui, en Europe, a reçu le

nom de fièvre typhoïde. Cette remarque n'est point sans intérêt pour l'histoire des fièvres.

Les huit cas suivants, de XV à XXII inclusivement, sont des exemples d'inflammation aiguë du tissu pulmonaire et de la plèvre. C'est une collection remarquable par la précision et l'exactitude avec laquelle sont notées toutes les circonstances de l'histoire de la maladie, et toutes les particularités d'une inspection cadavérique minutieuse. Chacune de ces observations est suivie de réflexions dans lesquelles J. Jackson s'attache à faire ressortir ce qu'elle peut renfermer d'utile. Presque toutes roulent sur des circonstances qui, pour n'être pas très-rares, et pour être actuellement assez bien connues, n'en sont pas moins toujours dignes d'attention. Je citerai, entre autres, le bruit de frottement correspondant à des fausses membranes récentes de la plèvre, le début de la pneumonie par les lobes inférieurs plus fréquent que par le lobe supérieur chez les sujets qui ne sont pas avancés en âge, etc. etc. Ces réflexions ont surtout trait à l'étude des phénomènes nécroscopiques, et, sous ce rapport, elles ne pouvaient manquer d'être extrêmement importantes, car elles ont été inspirées par les leçons de MM. Louis et Andral.

L'obs. XXIII renferme un cas de gangrène pulmonaire. Recueillie sous les yeux de M. Louis, cette observation est un précieux document. La gangrène pulmonaire a été souvent diagnostiquée mal à propos. Ici, nous avons l'histoire détaillée des symptômes, jour par jour, et la garantie de l'inspection cadavérique. Toutes les autres observations, jusqu'à la XXXe, qui est la dernière, sont des cas de tubercules pulmonaires; dans quelques-unes, il y avait, en outre, empyème pulmonaire, et, dans plusieurs, péritonite chronique tuberculeuse. Elles sont rédigées avec le même soin que celles qui précèdent, et sont accompagnées également de réflexions pleines d'intérêt.

Œuvres chirurgicales complètes de Sir Astley Cooper; *traduites de l'anglais avec des notes, par* E. Chassaignac, *professeur agrégé à la Faculté de Paris*, *et* G. Richelot, *docteur en médecine de la Faculté de Paris.* Un volume grand in-8.° Chez Béchet jeune. Paris, 1836.

Nous n'avons point encore rendu compte de cette importante publication, qui intéresse si vivement tous les praticiens. Nous attendions que les traducteurs eussent accompli entièrement la tâche qu'ils s'étaient imposée, afin de pouvoir formuler notre jugement sur l'ensemble de l'ouvrage. Nous reviendrons sur ce sujet dans notre prochain Numéro.

FIN DU TOME XII DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME XII,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

